

Tanja Bürgin

Frühförderung im Rahmen des Orientierungsplans
– dargestellt am Beispiel eines hörbehinderten Mädchens in
einem Regelkindergarten -

<http://opus.bsz-bw.de/hsrt/>

(2007)

© Tanja Bürgin

Einleitung	4
I Giuliana	7
1. Giulianas bisheriger Weg	7
2. Beobachtungen seit September 2006	9
II Integration im Regelkindergarten im Rahmen des Orientierungsplans	13
1. Allgemeines zum Orientierungsplan	13
1.1 Grundgedanken des Orientierungsplans	14
1.2 Aufbau des Orientierungsplans	15
2. Integration im Orientierungsplan.....	16
2.1 Begriffsklärung: Integration und Inklusion	16
2.2 Blick auf Kinder mit Behinderung (und deren Integration).....	17
2.3 Rechtliche Verankerung	18
3. Kooperation	18
3.1 Kooperationspartner außerhalb der Einrichtung, die für Giuliana relevant sind	19
3.1.1 Inklusionsassistentin.....	19
3.1.2 Logopädin.....	20
3.1.3 Beratungslehrerin	20
3.1.4 HNO-Ärztin	21
3.2 Wie läuft die Kooperation zwischen den Partnern ab?	21
4. Dokumentation durch Portfolios	22
III Organisationsformen und Konzepte der Integration im Elementarbereich	25
1. Organisationsformen.....	25
2. Organisationsform in Baden-Württemberg: Die integrative Gruppe	28
2.1 Auswirkungen auf die Gruppe	28
2.2 Finanzierung.....	29
2.3 Der Integrationsprozess auf formaler Verwaltungsebene	31
2.4 Modell in Reutlingen: Zusammenarbeit mit FABI	31
2.4.1 Inklusionsassistentin.....	32
2.4.2 Rolle und Aufgaben.....	32

3. Ausgewählte Konzepte.....	33
3.1 Theorie des gemeinsamen Gegenstandes nach FEUSER	34
3.3 Integrative Spielförderung nach HEIMLICH	35
 IV Hörschädigungen und Versorgung mit dem Cochlea Implantat .	39
1. Begriffsklärung.....	39
1.1 Gehörlosigkeit	40
1.2 Schwerhörigkeit	40
1.3 Ertaubung	41
2. Giulianas Hörschädigung.....	41
2.1 Natürlicher Hörvorgang	41
2.2 Schallempfindungsschwerhörigkeit	43
2.3 Mögliche Ursachen.....	43
3. Cochlea Implantat	44
3.1 Medizinische und technische Grundlagen.....	44
3.1.1 Aufbau und Arbeitsweise von Cochlea Implantaten.....	44
3.1.2 Voraussetzungen für eine Cochlea-Implantation bei Kindern.....	45
3.2 Die Cochlea-Implantat-Operation	47
3.3 Postoperative Maßnahmen	49
3.3.1 Anpassung.....	49
3.3.2 Rehabilitation.....	49
4. Die Cochlea-Implantat-Versorgung bei Giuliana	51
4.1 Operation.....	51
4.2 Postoperative Maßnahmen	51
4.2.1 Anpassung.....	51
4.4.2 Rehabilitation.....	51
 V Förderung sprachlicher und kommunikativer Fähigkeiten bei Kindern mit Hörschädigungen und Cochlea Implantaten	53
1. Sprachförderung im Sinne des Orientierungsplans	53
2. Die Bedeutung von Formaten für den Spracherwerb	54
3. Schwierigkeiten beim Spracherwerb bei Kindern mit Cochlea Implantat..	56
4. Möglichkeiten der Diagnostik	58
4.1 Beobachten beim Spiel.....	58
4.2 Überprüfung des Phoninventars und der phonologischen Prozesse	59

5. Förderung sprachlicher und kommunikativer Fähigkeiten	60
5.1 Sprachförderung als ‚inszenierter Spracherwerb‘	61
5.2 Die Bedeutung des Spiels bei sprachauffälligen Kindern	62
5.2.1 <i>Symbol- und Rollenspiel</i>	62
5.2.2 <i>Regelspiel</i>	63
5.3 Formen der Verdeutlichung der Aussprache	64
VI Frühförderung bei Giuliana	65
1. Giulianas Integration im Kindergarten	65
1.1 Aufgaben und Rolle der Inklusionsassistentin	65
1.2 Beobachtungen im Kindergartenalltag	67
1.2.1 <i>Freie Beobachtung</i>	67
1.2.2 <i>Standardisierte Beobachtung durch einen Beobachtungsbogen</i>	68
2. Sprachförderung bei Giuliana	71
2.1 Bei der Logopädin	71
2.2 Im Kindergarten	74
2.2.1 <i>Inklusionsassistentin</i>	74
2.2.2 <i>Bezugserzieherin</i>	74
3. Sprachtherapeutische Diagnostik mit Giuliana	75
3.1 Beobachtungen im Spiel	75
3.1.1 <i>Spielsituation Kochen</i>	76
3.1.2 <i>Regelspiel Memory</i>	79
3.2 Überprüfung des Phoninventars und der phonologischen Prozesse	81
4. Anregungen zur weiteren Förderung	85
Reflexion	92
Literatur	94
Anhang	99

Einleitung

In den letzten Jahren rückte die Bildung immer mehr in das Zentrum des öffentlichen Interesses. Deutschland musste unter anderem aufgrund des ‚PISA-Schocks‘, welcher in Medien und Gesellschaft ausführlich diskutiert wurde, reagieren. Der Bildungsbegriff wurde in eine neue Perspektive gerückt, wodurch Lernen und Bildung nicht mehr nur in der Schule ihren Platz fanden, sondern von Geburt an relevant wurden. Diese neue Sichtweise zeigt sich auch darin, dass die Bildung im Elementarbereich immer stärker thematisiert wurde. So gibt es mittlerweile in allen Bundesländern Bildungspläne für den Elementarbereich, wenn auch einige noch in der Erprobungsphase sind. Viele gelten von Geburt an bis zum Schuleintritt, manche sind speziell für drei- bis sechsjährige Kinder, andere sogar von der Geburt bis zum 14. Lebensjahr (Synopsis zu den Bildungsplänen der Länder, s. Anhang F1-F10). In Baden-Württemberg wurde zur Stärkung des Bildungsortes ‚Kindertageseinrichtungen‘ der Orientierungsplan für Bildung und Erziehung für die baden-württembergischen Kindergärten entworfen. Welche Themen und Grundgedanken in diesem Orientierungsplan¹ aufgegriffen werden und wie diese im Elementarbereich realisiert werden können, waren (und sind) für mich spannende Fragen.

Durch Projektarbeit im Rahmen meines Studiums hatte ich den Kindergarten, den Giuliana² besucht, kennen gelernt. Ziemlich bald erfuhr ich, dass in diesem Kindergarten eine Inklusionsassistentin arbeitet, die ein hörgeschädigtes Mädchen betreut. Unter einer Inklusionsassistentin stellte ich mir zunächst jemanden vor, der für das Kind, das er betreut, zuständig ist. Häufig sah ich jedoch die Inklusionsassistentin mit ganz anderen Kindern spielen oder etwas arbeiten. Dies verduztte mich und weckte gleichzeitig mein Interesse für die Realisierung der Integration in dieser Einrichtung. Die Idee für meine wissenschaftliche Hausarbeit die beiden Interessensbereiche ‚Orientierungsplan‘ und ‚Integration‘ zu verknüpfen, entstand. Im Zuge dessen beschloss ich ein vierwöchiges Praktikum in diesem Kindergarten durchzuführen, um dadurch mehr über die Arbeit der Inklusionsassistentin, die Voraussetzungen für die Integration und den Ablauf derselbigen zu erfahren. Während des Praktikums rückte dann mehr und mehr Giuliana in den Vordergrund. Ihre Situation näher kennen zu lernen und sie zum Inhalt meiner Arbeit zu machen, gewann zunehmend an Bedeutung. Ich stellte fest wie mitteilungsbedürftig Giuliana ist, aber wie schwer es anderen Kindern und Erwachsenen fällt, sie zu verstehen, da sie aufgrund der Hörschädigung Schwierigkeiten im Bereich des sprachlichen Ausdrucks hat. Zudem entwickelte ich bei Giuliana gleich Sympathien, da sie durch ihre Mischung aus liebenswerterem und keckem Mädchen besticht. Durch die Wahl meines The-

¹ Im Weiteren wird auf Grund der besseren Lesbarkeit nur noch von ‚Orientierungsplan‘ gesprochen. Damit ist – wenn nicht anders gekennzeichnet – der Orientierungsplan für Bildung und Erziehung für die baden-württembergischen Kindergärten gemeint.

² Name geändert

mas konnte ich so schlussendlich mehrere Interessensgebiete vereinen. Einerseits spielt der Orientierungsplan eine Rolle, andererseits das Thema Integration und deren Umsetzung in der Praxis, sowie natürlich Giuliana und ihre (sprachlichen) Fähigkeiten.

Verschiedene Aspekte des Orientierungsplans sollen näher betrachtet werden: Zum einen die Kooperation zwischen den verschiedenen Fachkräften, die mit Giuliana arbeiten, zum anderen aber auch die enthaltenen Aussagen zur Integration von Kindern mit Behinderung oder Beeinträchtigung. In diesem Zusammenhang soll auf die Arbeit der Inklusionsassistentin eingegangen werden. Giulianas Situation soll beleuchtet und daraufhin untersucht werden, ob sie weitere Formen der Förderung benötigt. Dabei steht die Frage im Vordergrund wie sie im Kindergarten selbst gefördert werden kann und was der Kindergarten leisten kann, um die momentane Situation eventuell noch zu verbessern. Mit dem Stichwort ‚Frühförderung‘ im Titel meiner Arbeit ist somit nicht das System ‚Frühförderung‘ gemeint, sondern viel mehr das Aufzeigen der Möglichkeiten von früher Förderung, die in diesem Fall auf Giuliana bezogen werden. Um einen mehrperspektivischen Blick auf Giuliana zu erhalten, holte ich durch unterschiedliche Vorgehensweisen Informationen ein. Neben vielen Gesprächen (mit Inklusionsassistentin, Mutter, Erzieherinnen³ und Logopädin⁴), der Kooperation mit einer Referendarin, die in Heidelberg ein Kind mit einer Hörschädigung betreut und der Teilnahme am ‚Runden Tisch‘, hospitierte ich mehrere Male bei der Logopädin. Zudem führte ich, um noch mehr über Giulianas sprachliche Fähigkeiten zu erfahren, mit ihr eine sprachtherapeutische Diagnostik. Durch freie Beobachtungen im Kindergarten und durch einen Spielbeobachtungsbogen, den sowohl ich, als auch die Inklusionsassistentin je zwei Mal einsetzten, erhoffte ich mir Aufschluss über ihr Spiel mit anderen Kindern.

Das **erste Kapitel** ist *Giuliana* und ihrer (noch jungen) *Lebensgeschichte* gewidmet. Neben der Darstellung ihres bisherigen Weges wird genauer auf sie (ihre Stärken und Schwächen) eingegangen. Diese werden beschrieben mit Hilfe von Beobachtungen, die ich seit September gemacht habe und durch Informationen, die ich durch die Gespräche mit den oben genannten Personen erhielt.

Im **zweiten Kapitel** steht der *Orientierungsplan* im Vordergrund. Auf die Aspekte Integration, Kooperation und Dokumentation durch Portfolios wird intensiv eingegangen, da sie eine besondere Rolle im Bezug auf Giuliana spielen. Die Bedeutung der einzelnen Aspekte für Giu-

³ In dieser Arbeit wird bei Erzieherin(nen), Inklusionsassistentin(nen) die weibliche Form verwendet, da der größere Anteil in diesen Berufsgruppen weiblich ist. Das hat ebenso wenig einen diskriminierenden Hintergrund wie die sonstige Verwendung der männlichen Form. Bei den Berufen, die bei Giuliana durch Frauen ausgeführt werden (Logopädin, Beratungslehrerin, HNO-Ärztin), wird selbstverständlich ebenfalls die weibliche Form verwendet.

⁴ Neben ‚Tür- und Angel‘-Gesprächen befragte ich jede der vier Personen in einem Einzelgespräch (Anhang A-D).

liana bzw. deren Umsetzung wird bei den beiden letztgenannten Punkten direkt im Anschluss an das jeweilige Kapitel dargestellt.

Welche *Organisationsformen und Konzepte der Integration* in Deutschland und speziell in Baden-Württemberg bestehen wird im **dritten Kapitel** veranschaulicht. Neben formalen und rechtlichen Aspekten wird auf die Realisierung der Integration hier in Reutlingen und auf die Aufgaben der Inklusionsassistentin eingegangen. Darüber hinaus werden die Integrationskonzepte von FEUSER und HEIMLICH vorgestellt.⁵

Da Giuliana eine *Hörschädigung*⁶ hat und seit kurzem auch ein *Cochlea Implantat*, wird dies im **vierten Kapitel** aufgegriffen. Die darin enthaltenen medizinisch(-technisch)en Anteile werden jeweils auf Giuliana bezogen. So werden beispielsweise nicht alle Hörschädigungen dargestellt, sondern nur die Schallempfindungsschwerhörigkeit, von der Giuliana betroffen ist.

Giuliana hat aufgrund ihrer Hörschädigung Verzögerungen im Spracherwerb. Welche Schwierigkeiten gerade bei Kindern mit Cochlea Implantaten auftreten und wie *sprachliche und kommunikative Fähigkeiten* gefördert werden können, ist Inhalt des **fünften Kapitels**.

Im **sechsten Kapitel** werden die vorangegangenen Überlegungen nochmals gebündelt und auf Giuliana bezogen. Ausgehend von der Darstellung ihrer momentanen Situation im Bereich der Integration und Sprachförderung wird zunächst die von mir durchgeführte sprachtherapeutische Diagnostik beschrieben. Anschließend werden Fördervorschläge gemacht, die im Kindergarten sowohl von Erzieherinnen als auch Inklusionsassistentin durchgeführt werden können.

Ich versuche in der nachfolgenden Arbeit die Situation von Giuliana möglichst genau wiederzugeben. Dazu waren viele persönliche Gespräche und Beobachtungen z.B. im Kindergartenalltag notwendig. Deshalb möchte ich für die Offenheit, Unkompliziertheit und Kooperation ganz besonders Giuliana und ihrer Familie danken. Sie haben mich wie selbstverständlich einbezogen und mir durch ihre Einverständniserklärungen viele Türen geöffnet. Ebenso erfuhr ich große Offenheit beim gesamten Erzieherinnenteam, bei der Inklusionsassistentin, der Logopädin und der Beratungslehrerin. Für ihre Zeit und Geduld sowie ihre Mitarbeit bedanke ich mich herzlich.

.

⁵ Diese zwei Vertreter wurden ausgewählt, da das Konzept von FEUSER im Orientierungsplan (zwar unzitert) erscheint und bei Giuliana das gemeinsame Spielen mit anderen Kindern eine bedeutende Rolle spielt (HEIMLICH).

⁶ Man spricht i.A. von Hörschädigung und nicht von Hörbehinderung wie im Titel fälschlicherweise genannt. Deshalb wird im Folgenden immer von Hörschädigung gesprochen.

I Giuliana⁷

Giuliana ist ein aufgewecktes und fröhliches Mädchen, das seit gut einem Jahr einen Regelkindergarten in Reutlingen besucht. Dies ist für ein vierjähriges Mädchen eigentlich nicht ungewöhnlich – es sei denn, es hat, wie Giuliana, eine Hörschädigung.

1. Giulianas bisheriger Weg

Giuliana wurde im November 2002 geboren. Als Kind eines Vaters griechischer und einer Mutter italienischer Herkunft⁸ wuchs Giuliana so wie ihr vier Jahre älterer Bruder zunächst dreisprachig auf. Von Anfang an hatte sie viel Kontakt zu ihren griechischen Großeltern, die in der gleichen Stadt wohnen. So bringt ihr Großvater sie z.B. in den Kindergarten, wenn die Mutter arbeitet. Da beinahe alle Verwandten hier in Deutschland wohnen, bekommt Giuliana viele griechische Gepflogenheiten und Feiern mit. Zum Beispiel nimmt sie mit ihrer Familie an griechischen Hochzeiten teil oder sie lernt bei ihren Großeltern griechische Bräuche kennen (z.B. ‚Neujahrspitta‘).⁹

Als Giuliana zwischen sieben und acht Monaten alt war, kam bei den Eltern der Verdacht auf, dass sie vielleicht schlecht hören könnte. Doch der Kinderarzt zerstreute ihre Bedenken, nachdem er in der Untersuchung etwas auf den Boden geworfen hatte. Er meinte, die Mutter solle sich von ihrer Paranoia befreien. Zudem hätte sie doch einen Sohn, der hören könnte. Dies wurde der Mutter auch schon im Krankenhaus gesagt, als nach der Geburt von Giuliana ein Hörtest gemacht werden sollte. Damals ging die Mutter mit Giuliana und der Untersucherin in einen kleinen Raum. Komischerweise war es dort wohl nicht ruhig genug, jedenfalls äußerte die Untersucherin der Mutter gegenüber, dass es zu laut sei und sie deshalb den Test jetzt nicht machen könne. Das sei jedoch nicht schlimm, da sie ja einen Sohn hätte, der hören könne. Weitere neun Monate nach dem Kinderarztbesuch ergriff die Familie selbst die Initiative. Dass Giuliana mit eineinhalb Jahren zwar ‚Mama‘ und ‚Papa‘ sagen konnte, aber nicht ‚Ball‘ und ‚Auto‘, beunruhigte vor allem die Mutter. Zuerst vermuteten die Eltern, dass Giuliana vielleicht überfordert wäre, wenn sie dreisprachig aufwächst, doch ihr Bruder hatte dies ja auch gemeistert. So gingen sie dieses Mal direkt zu einer Hals-Nasen-Ohren-Ärztin. Diese teilte ihnen nach der Untersuchung als Ergebnis mit, dass Giuliana hochgradig schwerhörig sei.¹⁰ Geschockt von dieser Diagnose führte die Eltern der Weg – ausgestattet

⁷ s. Gespräch mit der Mutter von Giuliana, Anhang B1-B3

⁸ Die Eltern sind beide (größtenteils) in Deutschland aufgewachsen. Sie sprechen beide fließend deutsch.

⁹ Trotz dieser Eingebundenheit in eine zusätzliche Kultur, werde ich in dieser Arbeit, da andere Themen und Aspekte bei Giuliana mehr im Vordergrund stehen, nicht näher auf die Mehrsprachigkeit eingehen.

¹⁰ Obwohl die Diagnose, meiner Meinung nach, ziemlich spät erfolgte, liegt Giuliana damit noch unter dem durchschnittlichen Alter der Diagnosestellung. Diese liegt – wenn man die leicht- und mittelgradigen Hörschädigungen einbezieht – bei durchschnittlich 2,5 Jahren (vgl. Leonhardt 1999, 136). Eine späte Diagnose ist vor allem deshalb

mit einer Informationsbroschüre der sonderpädagogischen Beratungs- und Frühförderstelle für hörgeschädigte Kinder – direkt zum Hörgeräte-Akustiker. Dort wurden sofort Abdrücke für die Ohrpass-Stücke gemacht. Nur einen Monat später erhielt Giuliana Hörgeräte. Später beurteilte die Mutter diese Situation folgendermaßen: „Wir bekamen die Diagnose Ende April und einen Monat später hatte sie dann schon ihre Hörgeräte. Aus emotionaler Sicht war das katastrophal, aber ich denke für Giuliana war es gut, dass es so schnell ging. Ohne Hörgeräte hörte Giuliana ja nur etwa 80-90 db“¹¹ (Gespräch mit der Mutter, s. Anhang B1). Nach der Diagnose vereinbarte die Familie, mit Giuliana nur noch deutsch zu sprechen, da sie befürchteten, dass eine zweite oder sogar dritte Sprache, Giuliana (völlig) überfordern würde. Nur noch ihre Großeltern sprechen ab und an noch ein paar Wörter griechisch mit ihr.

Einen weiteren Monat später kam es zum ersten Kontakt mit der Beratungslehrerin, welche zur Familie nach Hause kam. Über diese Unterstützung war die Mutter sehr froh, da sie sich in der Situation „dumm“ (ebda, B2) vorkam und sehr verunsichert war. Ihr tat es gut jemanden zu haben der ihr Halt geben konnte. Ebenso machte die Beratungslehrerin viele Vorschläge für den Umgang mit Giuliana, vor allem im sprachlichen Bereich. Diese wurden in der Frühförderung direkt praktisch umgesetzt und so der Mutter vermittelt. Die Beratungslehrerin war es auch, die den Vorschlag machte, dass Giuliana auch einen Regelkindergarten besuchen könne. Die Mutter fragte in dem Kindergarten, den auch ihr Sohn besuchte, nach, ob das zu realisieren wäre. Giuliana war mehrmals zur Probe im Kindergarten: ein Mal zu einem Zeitpunkt vor den Sommerferien, als ihr Bruder noch im Kindergarten war; ein zweites Mal, als der Bruder schon in der Schule war. Die Beratungslehrerin, die zu dem Zeitpunkt durch die Frühförderung noch sehr eng mit den Eltern zusammenarbeitete, schaute sich ebenfalls den Kindergarten an. Aufgrund der positiven Rückmeldung der Erzieherinnen, dass sie es sich sowohl für das Erzieherinnenteam als auch für Giuliana vorstellen könnten, sie in diesen Kindergarten aufzunehmen, entschieden sich die Eltern für eine Integration. Danach begann für die Eltern der erhebliche Verwaltungsaufwand (s. Kap. III 2.3), wobei sie tatkräftig von der Leiterin des Kindergartens unterstützt wurden. Ein halbes Jahr nach der Aufnahme durch den Kindergarten, begann die Unterstützung durch die Inklusionsassistentin.¹²

Der Regelkindergarten arbeitet nach dem offenen Konzept, was bedeutet, dass es keine festen Gruppen gibt, sondern die Kinder zwischen den verschiedenen Räumen frei wählen können. So gibt es neben Bau-, Mal-, Musik- und Rollenspielzimmer einen Kreativbereich mit

problematisch, da die wesentlichen sensiblen Phasen der Hörbahnreife in den ersten 18 Lebensmonaten anzusiedeln sind (Renzelberg 2001, 129).

¹¹ s. Hörkurve von Giuliana, Anhang T1

¹² Der späte Beginn der Inklusionsassistentin (obwohl der Antrag schon länger gestellt worden war), war bewusst von Eltern und Erzieherin gewählt worden. Sie wollten, dass Giuliana sich erstmal im Kindergarten eingewöhnen kann.

Werkbank etc., eine Küche, kleinere Räume wie ein Lese- und ein Experimentierzimmer sowie einen großen Bewegungsraum und eine ‚Spiele-Insel‘. In einige Räume können die Kinder erst nach Rücksprache mit der Erzieherin gehen (z.B. Bewegungsraum). Neben diesen offenen Angeboten gibt es auch verschiedene Gruppen, die sich wöchentlich treffen, wie z.B. den Montagskreis und mehrere Treffs, in denen gleichaltrige Kinder zusammengefasst werden („Mittlerentreff“). Durch die Einteilung der Montagskreise erhält jedes Kind zwei Bezugserzieherinnen, die für Elterngespräche u.ä. zuständig sind. Bei Giuliana wurde eine Ausnahme gemacht: ihre Mutter durfte die Bezugserzieherinnen aussuchen. Giuliana wurde der Einstieg in den Kindergarten erleichtert, da auch ihre Cousine und ein Nachbarskind denselben Kindergarten besuchen. In ihren ersten Kindergarten Tagen zeigte sie die gleichen Verhaltensweisen wie andere Kinder auch. Erstmals von der Mutter getrennt, war sie in dem großen und offenen Haus zunächst orientierungslos und ging von einem Zimmer zum anderen. War sie gerade noch beim Kneten, so war sie in der nächsten Minute im Bauzimmer. Die Erzieherinnen holten sie dann gezielt ab und begleiteten sie in ein Spiel. Auch der Kontakt zu fremden Kindern war anfangs etwas schwieriger, da diese „erstmal verstehen mussten, was ist da eigentlich los“ (Gespräch mit der Bezugserzieherin, s. Anhang C2). Sie wurde von anderen jedoch nicht gehänselt oder ausgelacht. Das Verständnis für sie und ihre Hörschädigung hat sich – laut Aussagen der Erzieherin – ganz normal entwickelt. Die Erzieherinnen haben einfach im Alltag, wenn Kinder gefragt haben, erklärt, dass Giuliana nicht so gut hören kann.

Seit Giuliana gut zwei Jahre alt ist, erhält sie vormittags Logopädie, so dass sie an einem Tag in der Woche etwas später von der Mutter in den Kindergarten gebracht wird. Normalerweise kommt sie um etwa 8 Uhr im Kindergarten, kann dort frühstücken, spielen, etc. Sie isst dort zu Mittag, schläft dort und wird um 14 Uhr wieder abgeholt.

2. Beobachtungen seit September 2006

Ich lernte Giuliana und ihre Familie näher kennen, als ich Ende September ein vierwöchiges Praktikum im Kindergarten begann, bei dem mich vor allem die Arbeit der Inklusionsassistentin (mit Giuliana) interessierte. Mir wurde kurz vor Praktikumsbeginn mitgeteilt, dass Giuliana eventuell Anfang Oktober für zwei Wochen nicht da sein würde, da sie ein Cochlea Implantat erhalten solle. Da die Finanzierung allerdings noch unklar war, war unsicher, ob sie wirklich operiert werden würde. Dieses Problem klärte sich und Giuliana wurde ein Cochlea Implantat eingesetzt, das im November zum ersten Mal angepasst wurde, so dass sie seitdem mit dem Cochlea Implantat hören kann.

Giuliana ist ein intelligentes Mädchen, weshalb die Logopädin schon kurz nach der Cochlea-Implantat-Erstanpassung kein Problem darin sah, neben dem CI zusätzlich das Hörgerät auf

dem anderen Ohr einzusetzen. Die Mutter war zunächst skeptisch, da ihr der Arzt nach der Erstanpassung gesagt hatte, sie solle zunächst nur das Cochlea Implantat verwenden. Beide technischen Hilfsmittel gleichzeitig zu benutzen ist deshalb schwierig, da sie unterschiedliche Höreindrücke vermitteln. Nicht alle Kinder schaffen es, beide Höreindrücke zu verarbeiten. Die Versorgung von CI und Hörgerät ermöglicht jedoch eine bessere Klangqualität und eine Verbesserung des Sprachverstehens in Situationen mit lauten (Hintergrund-)Geräuschen. Zudem wird das Richtungshören verbessert (Informationsbroschüre DCIG, s. Anhang N3).¹³ Bei den Rehabilitationsmaßnahmen wurde dann empfohlen, vormittags sowohl Cochlea Implantat als auch Hörgerät zu tragen und nachmittags nur das CI zu verwenden. Nachdem nun auch ein Hörtest ergeben hat, dass sie mit Cochlea Implantat und Hörgerät besser hört, trägt sie nun immer beides.

Um einen differenzierteren Blick auf Giuliana zu ermöglichen, möchte ich in Bezug auf den Orientierungsplan (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport, Baden-Württemberg, 12) und Mechthild DEHN (1994, 21) darstellen was Giuliana kann und was es noch braucht bzw. was sie noch lernen muss.

Was kann Giuliana?

Giuliana ist, wie anfangs erwähnt, ein aufgewecktes und fröhliches Mädchen. Von der Bezugserzieherin wurde sie so gut wie noch nie schlecht gelaunt erlebt (s. Anhang C6). In vielen Situationen zeigt sie ein gutes Selbstbewusstsein, so traut sie sich z. B. in einer großen Kindergruppe zu melden und etwas zum Nikolaus (!) zu sagen. Sie kann auch zeigen, wenn sie etwas nicht mag, wenn ihr etwas nicht gefällt und sich davon abgrenzen. Im Spiel mit der Cousine konnte die Bezugserzieherin feststellen, dass Giuliana sich „...dann freischaufelt. Und dann auch guckt, wo kann ich jetzt für mich was machen“ (Gespräch mit der Bezugserzieherin, s. Anhang C7). Sie hat ihren eigenen Willen, kann diesen auch durchsetzen und ist sich ihrer besonderen Rolle durchaus bewusst. Sie ist sehr offen und aufgeschlossen, Fremden gegenüber zeigt sie sich zunächst zurückhaltend, traut sich dann aber schnell mit der Person mitzugehen. Dies ist aber auch abhängig von ihrer Tagesstimmung. In vertrauten Situationen kann sie sich gut auf Neues einlassen und geht unbeschwert damit um. Sie ist ein sehr bewegungsfreudiges Kind. Ihr ganzer Alltag besteht zu großen Teilen aus Rennen, Hüpfen und Toben. Aufgrund dessen hat sie keine Probleme in der Grob- wie in der Feinmotorik. Sie ist gerne draußen im Garten, schaukelt und fährt Dreirad. Ebenso gut kann sie sich jedoch auf Dinge einlassen und sehr ausdauernd damit beschäftigen. Sie puzzelt gerne, macht mit Vergnügen Regelspiele oder spielt für sich mit Sand, Wasser, etc. Zudem malt sie gerne und zeigt schon Interesse an der Schrift, da sie bei ihrem Bruder, der schon zur Schule geht, sieht wie er liest und schreibt.

¹³ Im Vergleich dazu erzielt eine bilaterale CI-Versorgung jedoch noch bessere Ergebnisse.

Aufgrund ihrer Hörschädigung ist sie natürlich sprachlich nicht altersgemäß entwickelt. Dennoch ist ihr Mitteilungsbedürfnis ungebrochen. Sie erzählt viel und liebt es Fotos zu betrachten und davon zu erzählen. Im Montagskreis kann sie sich einbringen und vor anderen Kindern etwas sagen. Sie hat keine Scheu. Auch wenn man sie nur schlecht versteht, lässt sie sich nicht entmutigen, einem viel zu erzählen oder etwas verbal verständlich zu machen. Versteht man sie dennoch nicht, setzt sie Gestik und Mimik ein, um es zu verdeutlichen. Das Anschauen von Bilderbüchern stellt für sie ein besonders tolles Erlebnis dar. Dabei wählt sie bewusst und sehr gezielt ein Buch aus.

Was braucht Giuliana?

Die Strukturen im Kindergartenalltag sind ihr sehr wichtig. Als sie anfangs in den Kindergarten kam, machte es sich die Bezugserzieherin zur Gewohnheit, ihr zu erklären, was der Tag alles bringt.

„Man hat das richtig gemerkt: es ist ihr wichtig, dass sie weiß, es ist jeden Tag das Gleiche, auch wenn sie weiß, es gibt Zwischenteile, die unterschiedlich sind, aber das Grobe bleibt gleich. Das hat ihr dann auch ziemlich viel Sicherheit gegeben“ (Gespräch mit der Bezugserzieherin, s. Anhang C1) Noch heute wiederholt sie morgens, was am Tag alles geschieht: ‚Ich bin jetzt hier, ich spiele hier, ich esse hier, dann schlafe ich und dann kommt der Opa oder die Mama und holt mich ab.‘ Giuliana und ihre Beziehung zur Bezugserzieherin wird sehr treffend von der Erzieherin selbst beschrieben: „Also ... man hat gemerkt die Beziehung stimmt und sie mag das dann auch bei einem zu sein, aber es war auch für sie gar kein Problem, dann irgendwo anders zu sein. Das war für sie in Ordnung“ (ebda, C1)

Obwohl sie ihren eigenen Willen hat und viele Dinge (zur Toilette gehen, Brote streichen, etc.) selbständig erledigen kann, lässt sie sich gerne helfen, um nicht zu sagen ‚bedienen‘. Vor allem die Cousine ‚bemuttert‘ sie gerne, so dass die Erzieherinnen ihr deutlich machen mussten, dass sie gerne mit Giuliana spielen darf, aber ihr nicht den ‚Popo abputzen‘ muss. Das sei Aufgabe der Erzieherinnen. Die Cousine macht das auf eine sehr liebe Art, dennoch war es notwendig ihr zu erklären, dass sie dafür nicht verantwortlich ist (s. Anhang C2). In manchen Situationen braucht Giuliana vielleicht manchmal noch mehr Zutrauen von Seiten der Erzieherinnen, dass sie alltägliche Dinge auch alleine schafft und dazu nicht immer eine Erzieherin oder ein anderes Kind braucht. In diesem Bereich könnte sie noch mehr (heraus)gefordert werden.

Natürlich benötigt Giuliana auch im sprachlichen Bereich und im Kontakt zu anderen Kindern Unterstützung. Ebenfalls sind im Alltag pädagogische und begleitende Hilfen nötig. Im Laufe dieser Arbeit soll unter anderem herausgearbeitet werden, in welchen Bereichen genau diese Unterstützung notwendig ist und wo sie – aufgrund der Kompetenzen von Giuliana – an-

setzen sollte. Wie eine Förderung in den unterschiedlichen Bereichen konkret aussehen kann, soll am Ende der Arbeit aufgezeigt werden.

II Integration im Regelkindergarten im Rahmen des Orientierungsplans

1. Allgemeines zum Orientierungsplan

Angeregt durch die – auf vielen Ebenen geführte – Diskussion über die Bedeutung früher Bildung und durch unterschiedliche internationale Studien zu eben diesem Thema, verständigten sich Kultusministerium, Sozialministerium, die kommunalen Landesverbände und die kirchlichen sowie sonstigen Trägerverbände des Landes Baden-Württemberg darauf, den Bildungsort ‚Kindertageseinrichtung‘ zu stärken. Im Juli 2004 wurde daraufhin vereinbart, einen Orientierungsplan für Bildung und Erziehung für die baden-württembergischen Kindergärten¹⁴ zu erstellen.¹⁵ Zusätzlich wurden verschiedene Umsetzungsphasen zeitlich festgelegt: Die Pilotphase des Orientierungsplans begann somit im Kindergartenjahr 2006/07 (und wird seitdem wissenschaftlich begleitet), ab 2009/10 ist der Orientierungsplan für alle Kindertageseinrichtungen, die dem Kindergartengesetz Baden-Württemberg (KGaG) unterliegen, verbindlich.¹⁶ Seit 2005 ist in Baden-Württemberg übrigens nicht mehr das Ministerium für Arbeit und Soziales für die Kindergärten zuständig, sondern das Kultusministerium. Auch hierin kann man erkennen, dass der Bildung im Elementarbereich nun eine größere Bedeutung eingeräumt wird.

Ende November 2005 wurde die gedruckte Fassung an Kindergärten, Schulkindergärten, Grundschulen, Grundschulförderklassen sowie an Sonderschulen mit Bildungsgang Grundschule und an Förderschulen geschickt. Die Nachfrage nach wissenschaftlicher Begleitung während der Pilotphase war groß: 1045 Kindergärten meldeten sich, von denen nun 30 je zur Hälfte von den Pädagogischen Hochschulen Freiburg und Ludwigsburg wissenschaftlich begleitet werden.¹⁷ In Reutlingen werden in einer besonderen Form zusätzlich drei Kindergärten – zwei davon sind Schulkindergärten – wissenschaftlich mit dem Schwerpunkt ‚Frühförderung‘ begleitet.¹⁸ An den Fortbildungen, die während der Pilotphase durchgeführt werden, nehmen 38.000 Erzieherinnen und 2.800 Lehrkräfte teil (Engemann 2006, 124). Schulen und deren Lehrkräfte wurden und werden deshalb mit einbezogen, da die Intensivierung der Kooperation zwischen Kindergarten und Schule einen bedeutenden Aspekt des Orientie-

¹⁴ „Der Begriff Kindergarten – in Deutschland erfunden und weltweit bekannt – wird im Orientierungsplan bewusst für die gesamte Palette der Tageseinrichtungen für Kinder verwendet“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2006, 7). Deshalb werde ich im Folgenden auch nur diesen Begriff verwenden und dabei alle Formen von Kindertageseinrichtungen meinen.

¹⁵ Schon über ein Jahr zuvor (am 27. März 2003) hatte Frau Ministerin Schavan einen Bildungs- und Erziehungsplan für Kindergärten angekündigt.

¹⁶ Der Orientierungsplan gilt somit nicht für Schulkindergärten. Diese sind in Baden-Württemberg für die Betreuung von behinderten Kindern zuständig und unterstehen dem Schulgesetz.

¹⁷ Die restlichen werden in einem 2. Ring (310 Kindergärten) und einem 3. Ring (705 K.) durch eine Befragung (und Fachtagen) in die Pilotphase einbezogen (Engemann 2006, 127).

¹⁸ Nähere Informationen zur Wissenschaftlichen Begleitung der Implementierung des Orientierungsplans in Reutlingen unter: www.ph-ludwigsburg.de/4694.html

rungsplans darstellt. Schon im Vorwort des Orientierungsplans wird auf die besondere Berücksichtigung der Schulfähigkeit hingewiesen.

1.1 Grundgedanken des Orientierungsplans

Einige Aspekte werden im baden-württembergischen Orientierungsplan besonders betont. Vor allem wird die *Kinderperspektive* hervorgehoben. Diese zieht sich wie ein roter Faden durch den Orientierungsplan. Das Kind wird in den Mittelpunkt von Bildung und Erziehung gestellt. Es soll darauf geachtet werden, was das Kind braucht, was das Kind will und was es schon kann (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2006, 12). Das Bildungsbedürfnis des Kindes wird in das Zentrum der Betrachtungen gestellt. Es wird vom Kind ausgegangen, von seinen Interessen, seinen neugierigen Fragen, seinem Willen die Welt zu entdecken. ENGEMANN (2006, 124) – Leiterin des Referats für ‚Kindergärten, Grundschulen, Hauptschulen‘ des Kultusministeriums Baden-Württemberg – betont diesen Entdeckergeist der Kinder. Sie sieht die Aufgabe der Erzieherinnen darin, die Fragen der Kinder wahrzunehmen und die Kinder beim Erforschen ihrer Fragestellungen zu unterstützen. Diesen Perspektivwechsel – nämlich vom Kind ausgehen, seine Interessen berücksichtigen, seine Fragen in den Mittelpunkt stellen – kann ich nur unterstützen. Sicher muss man jedoch auch den Kindern, die keine Fragen stellen und die nicht so aktiv die Welt erforschen (können) Beachtung schenken und sich fragen, warum diese Kinder das nicht tun. Gerade diese Kinder bedürfen der Aufmerksamkeit durch die Erzieherinnen. Diese Art der Kinderperspektive – sich auf diese Kinder einlassen, ihre Sicht einnehmen – wird von ENGEMANN, meiner Meinung nach vernachlässigt und zu wenig betont. Besser dargestellt wird die Kinderperspektive hingegen im Orientierungsplan selbst. Dort wird hingewiesen auf die eigene Entfaltung der Kinder, auf das Lernen durch eigene Handlungen und Erfahrungen sowie auf die Aufgabe der Erzieherinnen, den Kindern – ihrem Entwicklungsstand entsprechend – die nötige Unterstützung und Förderung zu geben (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2006, 24f).

Neben der Stärkung der Kinderperspektive wird im Orientierungsplan vor allem eine engere *Kooperation zwischen Kindergarten und Grundschule* angestrebt. Erreicht werden soll diese durch die – schon erwähnte – Fort- und Weiterbildung von 2.800 Lehrpersonen, die wiederum als Multiplikatoren an ihren Schulen wirken sollen. Dies soll bewirken, dass sich „die Lehrerinnen und Lehrer ... den Orientierungsplan zu Eigen machen, ... ihn ihrer Arbeit zugrunde legen und an den aus dem Kindergarten mitgebrachten Voraussetzungen und Entwicklungsständen der Kinder anknüpfen“ (Engemann 2006, 124). Außerdem wird im Orientierungsplan gefordert, dass die Lehrpersonen und die Erzieherinnen gemeinsam einen Kooperationsplan erstellen und diesen regelmäßig aktualisieren. Dieser soll auf dem Orientierungsplan basieren und auf die Gegebenheiten vor Ort abgestimmt sein. Hierzu enthält der vom Ministerium

für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg entworfene Kooperationsordner viele Anregungen. Die Planungen der gemeinsamen Kooperation sollten vor den Sommerferien des Kindergartenjahres abgeschlossen sein, damit direkt nach den Ferien mit der Umsetzung begonnen werden kann (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, 53). Um Kindergarten und Grundschule noch weiter zusammenwachsen zu lassen, sind der Orientierungsplan und der Bildungsplan für die Grundschule „aus einem Guss“ (Engemann 2006, 126), ihre Prämissen (Kindorientierung, Unterstützung, Förderung) sind identisch. Zudem sind die sechs Bildungs- und Entwicklungsfelder des Orientierungsplans so konzipiert, dass sie in der Grundschule weitergeführt werden. Zwar sind die Strukturen dort anders, doch die wesentlichen Fragestellungen werden aufgegriffen und fortgesetzt (s. Kap. I 1.2).

Neben der Kooperation zwischen Kindergarten und Grundschule wird besonderen Wert auf die Zusammenarbeit von Eltern und pädagogischen Fachkräften gelegt. Es soll eine „Bildungs- und Erziehungspartnerschaft“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, 51) entstehen, die durch einen regelmäßigen Austausch geprägt ist. Dabei sind strukturierte Elterngespräche, die mindestens ein Mal im Jahr stattfinden sollen, genauso wichtig wie ‚Tür- und Angelgespräche‘, die geführt werden, wenn die Kinder gebracht bzw. abgeholt werden. Eltern haben eine andere Sicht auf ihre Kinder und erleben sie zu Hause oft anders, als die Erzieherinnen im Kindergarten. Deshalb ist ein Austausch über die jeweiligen Sichtweisen und Deutungen, aber auch über Wünsche und Erwartungen wichtig (ebda, 52). Intensive und gewinnbringende Gespräche können jedoch nur gelingen, wenn ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis besteht.

Weitere Grundgedanken des Orientierungsplans sind die veränderte Rolle der pädagogischen Fachkräfte (Beobachtung und Dokumentation), die Merkmale kindlichen Lernens (spielen, bewegen, Motivationsentwicklung, Anstrengungsbereitschaft) und der mehrperspektivische Ansatz (Verbindung und Einbeziehung verschiedener Wissenschaften) (vgl. Engemann 2006, 124f).

1.2 Aufbau des Orientierungsplans

Der Orientierungsplan gliedert sich in zwei Teile. In *Teil A* werden die Grundlagen des Orientierungsplans aufgezeigt. Hier wird zuerst wird das Kind in den Mittelpunkt der Betrachtung von Erziehung und Bildung gestellt. Es wird erläutert wie Kinder lernen und welche Faktoren für das Lernen wichtig sind. Im zweiten Unterkapitel werden die (neuen) pädagogischen Herausforderungen dargestellt und auf die oben erwähnten Schwerpunkte Erziehungspartnerschaft und Kooperation eingegangen. Der erste Teil endet mit dem Hinweis auf die Bedeutung von Qualitätsentwicklung und -sicherung.

In *Teil B* wird die Erziehungs- und Bildungsmatrix vorgestellt und der Umgang mit dieser erklärt. Nachdem die Motivationen des Kindes kurz dargestellt werden, wird jedes Bildungs- und Entwicklungsfeld ausführlich erläutert. Dies geschieht jeweils nach dem gleichen Schema: Allgemeine Aussagen, Ziele, Fragen als Denkanstöße und die Weiterführung in der Grundschule werden bei jedem der sechs Felder ausformuliert. Bei allen sechs Bildungs- und Entwicklungsfelder die der Orientierungsplan vorgibt (Körper; Sinne; Sprache; Denken; Gefühl und Mitgefühl; Sinn, Werte und Religion) wurden bewusst nicht die Bezeichnungen der Schulfächer verwendet, um nicht eine Vorwegnahme von schulischen Inhalten im Kindergarten zu implizieren.

2. Integration im Orientierungsplan

2.1 Begriffsklärung: Integration und Inklusion

Integration

Der Begriff *Integration*, der ursprünglich aus dem Lateinischen („Wiederherstellung eines Ganzen“) kommt, wird erst seit den 70er Jahren im Bereich der Heil- und Sonderpädagogik verwendet. Er steht „als Ausdruck für die Eingliederung von Menschen mit Behinderungen in das für so genannte nichtbehinderte Menschen konzipierte soziale System der Gesellschaft und dessen Institutionen“ (Merz-Atalik 2006, 248). *Integration* wird im Zusammenhang mit Bildung und Erziehung meist benutzt, wenn Kinder mit und ohne Behinderungen in pädagogischen Institutionen (Kindertageseinrichtungen, Schulen) gemeinsam lernen. Dabei wird an der bestehenden Struktur der Einrichtung nichts verändert. Das Kind mit sonderpädagogischem Förderbedarf wird in das bestehende System integriert.

Inklusion

Der Begriff *Inklusion* wird in der Literatur nicht einheitlich verwendet. Manche Autoren verwenden diesen Begriff synonym zur Integration, manche sehen es als Erweiterung des Begriffs Integration, wieder andere verstehen darunter eine optimierte Integration (Merz-Atalik 2006, 257f). Im Sinne der letzten Sichtweise umfasst *Inklusion* nicht nur die Kinder mit Behinderungen, sondern alle Kinder mit ihren Unterschiedlichkeiten. Im *Index für Inklusion* wird dies deutlich hervorgehoben: „Inklusion in Erziehung und Bildung bedeutet ... den Abbau von Barrieren für Lernen und Teilhabe aller SchülerInnen, nicht nur solcher mit Beeinträchtigungen oder solcher, denen besonderer Förderbedarf zugesprochen wird“ (Booth/ Ainscow 2003, 10). Dasselbe wurde schon in der Salamanca-Erklärung (UNESCO 1994) postuliert:

„Wir fordern dass Schulen alle Kinder unabhängig von ihren physischen, intellektuellen, sozialen, emotionalen, sprachlichen oder anderen Fähigkeiten aufnehmen sollen. Das soll behinderte und begabte Kinder einschließen, Kinder von entlegenen oder nomadischen Völkern, von sprachlichen, kulturellen oder ethnischen Minoritäten, sowie Kinder von anders benachteiligten Randgruppen oder -gebieten“ (Salamanca-Erklärung 1996, 14).

2.2 Blick auf Kinder mit Behinderung (und deren Integration)

Auf Kinder mit Behinderung wird im Orientierungsplan an verschiedenen Stellen und in verschiedenen Zusammenhängen immer wieder eingegangen.¹⁹ Hervorgehoben werden hierbei die Bedeutung einer positiven Beziehungsgestaltung, außerdem die besondere Aufmerksamkeit und Unterstützung derer Kinder mit Behinderungen bedürfen, sowie die Verwendung ausgewählter Spielmaterials (vgl. Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2006). Gerade bei Kindern mit (Seh- und/oder) Hörbehinderungen sollte auf die Gestaltung der Umgebung und der Räume besonders viel Wert gelegt und gegebenenfalls die Hilfe von Beratungsstellen in Anspruch genommen werden (ebda, 83f). Bei Kindern mit Behinderung wird nochmals die Bedeutung der Zusammenarbeit mit Eltern, die besondere Experten im Hinblick auf ihre Kinder sind, und die Kooperation mit Fachkräften hervorgehoben (ebda, 50ff).

Die pädagogischen Fachkräfte werden aufgefordert, vor allem für Kinder mit Behinderungen, denen es oft schwer fällt, sich beim Spielen von sich aus einzubringen, Spielsituationen zu schaffen, die den Kindern „...Erfolge und damit auch lustvolles Lernen ermöglichen“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2006, 40). Zudem wird betont, gerade bei Kindern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen die kleinen Entwicklungsschritte zu akzeptieren und vor allem zu würdigen, um ihre (Lern-)Motivation zu erhalten.

Im Orientierungsplan wird „die besondere Bedeutung der gemeinsamen Erziehung von Kindern mit und ohne Behinderung ... betont“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2006, 18). Dabei wird explizit darauf hingewiesen, dass von einer gemeinsamen Erziehung alle profitieren, da sie in ihrer Entwicklung gefördert und bereichert werden (ebda, 42). Unterschiede, die sich zum Beispiel durch Behinderung, aber auch durch verschiedene kulturelle und religiöse Hintergründe, individuelle Charaktereigenschaften, unterschiedliche Begabungen, etc. ausdrücken, sollen als Chance wahrgenommen werden. Heterogenität soll nicht als Defizit, sondern als Herausforderung betrachtet werden. Die Bedeutung der gemeinsamen Erziehung und deren Vorteile werden im Orientierungsplan durch das selbstverständliche Miteinander der Kinder hervorgehoben. Zudem sollen die Stärken und Kompetenzen der einzelnen Kinder und nicht deren Schwächen im Vordergrund stehen. Somit können alle Kinder – gemäß ihren jeweiligen individuellen Stärken – an einem gemeinsamen Gegenstand²⁰ miteinander arbeiten und sich in das Gruppengeschehen mit ein-

¹⁹ Meist werden neben Kindern mit Behinderung auch Kinder mit (chronischen) Krankheiten, Kinder mit Beeinträchtigungen (in ihrer Entwicklung) und/oder Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf erwähnt. Im Folgenden werde ich jedoch nur auf die Kinder mit Behinderung eingehen und diese erwähnen.

²⁰ An dieser Stelle des Orientierungsplans (S. 43) wird übrigens FEUSER, auf dessen Konzept des gemeinsamen Gegenstandes ich in Kapitel III 3.1 eingehen werde, zitiert. Dies wird im Orientierungsplan jedoch nicht gekennzeichnet!

bringen. „In heterogen zusammengesetzten Gruppen verstärkt Behinderung die Notwendigkeit zur Wahrnehmung individueller Fähigkeiten und Bedürfnisse aller Kinder“ (ebda, 43). Oder anders ausgedrückt: Gerade durch Kinder mit Behinderung werden die individuellen Fähigkeiten bei allen Kindern mehr in den Blickwinkel gerückt. Dadurch, dass man sich für das Kind mit Behinderung überlegt, wie man es mit einbeziehen kann, denkt man automatisch auch darüber nach, wie sich die anderen Kinder ebenfalls einbringen können.

2.3 Rechtliche Verankerung

Grundlegend für den Orientierungsplan sind das Sozialgesetzbuch, VIII. Buch (Kinder- und Jugendhilfegesetz) und das novellierte Kindergartengesetz Baden-Württemberg (2003). Das Sozialgesetzbuch geht in §22 auf Betreuung, Erziehung und Bildung als Aufgaben der Tageseinrichtungen für Kinder ein. Dieser Betreuungs-, Bildungs- und Erziehungsauftrag wird auch im Kindergartengesetz (KGaG) in §2 Abs. 1 aufgegriffen. Dort wird die Integration im Elementarbereich nicht nur vorgeschlagen, sondern sogar gefordert: „Kinder, die auf Grund ihrer Behinderung einer zusätzlichen Betreuung bedürften, sollen soweit dies möglich ist, zusammen mit Kindern ohne Behinderung in gemeinsamen Gruppen gefördert werden“ (KGaG §2, Abs. 2). Diese Selbstverständlichkeit der gemeinsamen Erziehung und Bildung im Elementarbereich wird auch im Orientierungsplan aufgegriffen: Der Kindergarten „...ist als Bestandteil des Gemeinwesens ein Ort der Vielfalt und Unterschiedlichkeit und somit der Integration“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2006, 57).

3. Kooperation

Das Stichwort ‚Kooperation‘ wird im Orientierungsplan mit unterschiedlicher Bedeutung belegt, es werden verschiedene Arten von Kooperationen vorgestellt. Zum einen wird ein großer Schwerpunkt auf die Kooperation zwischen Kindergarten und Grundschule gelegt und auch die Bildungs- und Erziehungspartnerschaft zwischen Eltern und pädagogischen Fachkräften wird – wie gesehen (Kap. I 1.1) – betont. Zum anderen sollen auch Personen aus dem Gemeinwesen miteinbezogen werden, um den Kindergarten in das soziale Leben außerhalb der Einrichtung einzubetten. Im Orientierungsplan wird zudem sinnvollerweise die Kooperation mit Fachkräften gefordert. Die Erzieherinnen des Kindergartens sollen – in Absprache mit den Erziehungsberechtigten – vertrauensvoll mit allen Fachkräften zusammenarbeiten. „Für Kinder mit Beeinträchtigungen und Behinderungen sollte der zusätzliche Unterstützungsbedarf in Kooperation mit der Frühförderung und anderen Fachdiensten berücksichtigt werden“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2006, 50). Vor allem bei Kindern, die integriert werden sollen, ist die Zusammenarbeit – auch mit der Fachberatung des Trägers – besonders ratsam, um die entsprechenden Voraussetzungen

für die Integration zu schaffen. Im Orientierungsplan wird zudem darauf hingewiesen, dass eine enge Kooperation mit allen beteiligten Personen unerlässlich ist, sobald ein Kind integriert wird. „Um eine erfolgreiche Integration des behinderten ... Kindes in den Kindergarten zu ermöglichen und es seinen Anlagen gemäß zu fördern, müssen die Erzieherinnen über die Behinderung bzw. Krankheit und die daraus resultierenden Förderbedürfnisse informiert sein. Dies gelingt nur, wenn Erzieherinnen, Eltern, behandelnde Kinderfachärzte sowie Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner der Frühförderung vertrauensvoll zusammen arbeiten und sich austauschen“ (ebda, 42). Im folgenden Unterkapitel wird auf Giulianas unterschiedliche Kooperationspartner und deren Zusammenarbeit eingegangen.

3.1 Kooperationspartner außerhalb der Einrichtung, die für Giuliana relevant sind

Die Betreuung und Förderung von Giuliana ist je nach Schwerpunkt auf verschiedene Fachkräfte verteilt. Wie schon beschrieben, wird sie im Kindergarten – neben den pädagogischen Fachkräften, die dort arbeiten – von einer Inklusionsassistentin betreut. Zudem erhält Giuliana Logopädie und nimmt mit ihrer Mutter an den etwa monatlich stattfindenden Eltern-Kind-Nachmittagen an der Beratungsstelle für hörgeschädigte Kinder teil. Des Weiteren steht Giuliana unter der medizinischen Obhut einer HNO-Ärztin. Im Nachfolgenden werden die Kooperationspartner näher beschrieben, allerdings nicht in der zeitlichen Reihenfolge in der sie von Giuliana und ihrer Familie in Anspruch genommen wurden, sondern geordnet nach der Zeit, die sie jeweils mit Giuliana verbringen.

3.1.1 Inklusionsassistentin

Seit Mai 2006 wird Giuliana von einer Inklusionsassistentin betreut. Dieser Betreuung gingen ein Erstkontakt mit der Mutter und ein Gespräch mit allen Beteiligten voraus. In diesem Gespräch äußerten jeweils die Mutter, eine Vertreterin des Fachdienstes, die Inklusionsassistentin und die Leiterin des Kindergartens ihre Vorstellungen. Da diese sich deckten, wurde beschlossen, dass die Inklusionsassistentin nun für die pädagogische Hilfe (s. Kap. III 2.2) Giulianas zuständig ist. Da der Antrag auf Eingliederungshilfe schon länger gestellt und genehmigt worden war, hatten sich bis dahin einige Stunden angesammelt. Dadurch konnte die Inklusionsassistentin anfangs drei bis vier Mal pro Woche in den Kindergarten kommen.

Mittlerweile wurde dem – von der Mutter gestellten – Antrag auf begleitende Hilfen²¹ stattgegeben, so dass die Inklusionsassistentin ab dem 1. November 2006 wöchentlich drei Stunden mehr Zeit für die Arbeit mit Giuliana hat. Diese begleitenden Hilfen benötigt Giuliana vor allem bei Aktivitäten außerhalb des Kindergartens wie Einkaufen, Spaziergänge, Ausflüge etc. Obwohl diese drei Stunden mehr schon Mitte November genehmigt wurden, kann die Inklusionsassistentin erst im Januar diese Stunden ‚abarbeiten‘, da ihr Arbeitgeber sie noch

²¹ Begleitende und pädagogische Hilfen: s. Kap. III 2.2

nicht genehmigt hat. Dadurch gehen die Stunden zwar nicht grundsätzlich verloren, dennoch wäre es geeigneter gewesen, gleich im November und Dezember wöchentlich drei Stunden mehr mit Giuliana zu arbeiten, da im November ihr Cochlea Implantat zum ersten Mal angepasst wurde. Gerade in dieser Zeit wäre eine intensive Betreuung sehr sinnvoll gewesen.²²

3.1.2 Logopädin

Seit Dezember 2004 wird Giuliana von einer Logopädin, die sich in ihrer Praxis auf Kinder und Jugendliche mit Hörschädigungen (60-70% ihrer Patienten) spezialisiert hat, betreut. Anfangs hatte sie unregelmäßig Therapie; nur wenn bei der Logopädin gerade etwas ausfiel. Die Wartezeiten für einen Vormittagstermin liegen in dieser logopädischen Praxis bei etwa einem Jahr. Seit ca. eineinhalb Jahren ist Giuliana ein Mal wöchentlich für 45 Minuten bei ihr in der Praxis. Bevor Giuliana das CI bekam, stand die Förderung der auditiven Kompetenzen im Vordergrund. Aber auch Wortschatzerweiterung und die Förderung der Kommunikation und des Satzbaus waren wichtig (vgl. Gespräch mit der Logopädin, s. Anhang D4). Auf die Arbeit mit Giuliana nach der Cochlea-Implantat-Versorgung wird in einem späteren Kapitel (Kap. VI 2.1) eingegangen.

3.1.3 Beratungslehrerin

Giuliana nimmt seit sie drei Jahre alt ist, mit ihrer Mutter an Eltern-Kind-Nachmittagen teil. Diese finden an einer sonderpädagogischen Beratungsstelle, die einer Schule für Schwerhörige und Sprachbehinderte angegliedert ist, für Kinder von 3½ bis 5 Jahren etwa jede dritte Woche statt. Dabei stehen Kommunikationsförderung und kommunikationsfördernde Anlässe im Vordergrund. Leider konnten Giuliana und ihre Mutter in letzter Zeit häufig nicht teilnehmen, da andere wichtige Termine anstanden (Rehabilitationsmaßnahmen in Würzburg u.Ä.).

Als Giuliana mit etwa eineinhalb Jahren ihre Hörgeräte bekam, wurde ihrer Mutter von der HNO-Ärztin empfohlen, die Beratungs- und Frühförderstelle für hörgeschädigte Kinder aufzusuchen. Im Juni 2004 kam daraufhin die Beratungslehrerin zu einem ersten Termin zu Giuliana und ihrer Familie nach Hause. In der Folge hatte Giuliana jede Woche Frühförderung. Diese fand abwechselnd zu Hause und in der Beratungs- und Frühförderstelle statt. Die Mutter war sehr froh über diese Fachperson, da sie von ihr zum einen Tipps für den (sprachlichen) Umgang mit Giuliana und zum anderen Halt und Kraft in dieser neuen und schwierigen Situation erhielt (vgl. Gespräch mit der Mutter, s. Anhang B1). Als Giuliana drei Jahre alt war und deshalb in den Kindergarten und auch zu den Eltern-Kind-Nachmittagen ging, endete die Frühförderung. Anfangs war die Beratungslehrerin noch bei den Eltern-Kind-

²² Eine ausführliche Darstellung der Aufgaben der Inklusionsassistentin und ihrer Arbeit im Kindergarten folgen in den Kapiteln III 2.4.2 und VI 1.1

Nachmittagen dabei, mittlerweile betreuen ihre Kollegen diese. Der Kontakt zwischen Giulianas Familie und der Beratungslehrerin ging stark zurück und beschränkt sich nur noch auf Gelegenheitsbesuche, wenn die Beratungslehrerin gerade in der Gegend von Giulianas Familie zu tun hat. Natürlich können die Eltern sie dennoch bei Fragen und Problemen jederzeit anrufen.

3.1.4 HNO-Ärztin

Die HNO-Ärztin, welche die Diagnose ‚hochgradig schwerhörig‘ gestellt hat – als ihr Giuliana mit eineinhalb Jahren vorgestellt wurde –, schickte die Familie sogleich zum Hörgeräte-Akustiker und verwies – wie schon erwähnt – auf die Beratungs- und Frühförderstelle für hörgeschädigte Kinder. Momentan ist die HNO-Ärztin in erster Linie für die Ausstellung der Rezepte für die Logopädin zuständig. Im Januar wollte sie Giuliana (nun mit Cochlea Implantat) wieder sehen, um mit ihr einen neuen Hörtest durchzuführen. Dieser ergab, dass die Aufblähkurve²³ mit Cochlea Implantat *und* Hörgerät auf der anderen Seite, um etwa 10 db höher liegt, als nur mit dem Cochlea Implantat.

3.2 Wie läuft die Kooperation zwischen den Partnern ab?

Integration erfordert die Zusammenarbeit mit externen Partnern. Seien es Therapeuten und/oder die Fachberatung des Einrichtungs-Trägers (Heimlich 2003, 34). Im Kindergarten von Giuliana wird diese Kooperation vor allem durch die mindestens zwei Mal im Jahr stattfindenden ‚Runden Tische‘ realisiert. An einem dieser Termine konnte ich teilnehmen.²⁴ Anwesend waren außer mir eine Vertreterin von FABI, die die Organisation der ‚Runden Tische‘ übernimmt, die Inklusionsassistentin, die Mutter, die Logopädin (die zum ersten Mal teilnahm), die Beratungslehrerin und die beiden Bezugserzieherinnen²⁵ vom Kindergarten. . Also (bis auf die HNO-Ärztin) alle, die mit Giuliana zu tun haben. Das Gespräch enttäuschte mich dann doch teilweise, da meiner Meinung nach, die eingangs gesteckten Ziele (‚Wie können wir die Stunden der Inklusionsassistentin gut einsetzen?‘ und ‚Wir möchten auch die Fachkräfte der einzelnen Bereiche zu Wort kommen lassen, um ein gesamtes Bild von Giuliana zu bekommen.‘) nicht erreicht wurden (vgl. Protokoll des ‚Runden Tisches‘, s. Anhang E). Nicht nur, dass gerade dieser Austausch im Orientierungsplan ausdrücklich gefordert wird: „Durch die Reflexion und den Austausch von Beobachtungen mit Kolleginnen, mit Eltern, eventuell Fachleuten und gegebenenfalls mit den Kindern selbst entsteht ein mehrperspektivisches Bild, das einseitige Sichtweisen korrigiert“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg, 50). Auch berichtete leider die Logopädin z.B. nichts von ihrer

²³ Das bezeichnet die Messkurve im Audiogramm, welche die Hörreaktionen mit Cochlea Implantat wiedergibt (Batliner 2001, 154). Sie sagt nichts über das Sprachverstehen der Kinder im Alltag aus, sondern bezeichnet nur den Status, zu dem ein Kind bei hoher Konzentration und ohne Störschall fähig ist (Thiel 2000, 80).

²⁴ Siehe dazu das Protokoll im Anhang E1-E6.

²⁵ Da Giuliana einen Kindergarten mit offenem Konzept besucht, haben die Kinder statt ‚Gruppenerzieherinnen‘ jeweils zwei ‚Bezugserzieherinnen‘ (s. Kap. I 1)

Arbeit mit Giuliana, an der man ja im Kindergarten anknüpfen könnte. Im Gegenteil: es stellte sich zwar heraus, dass sowohl Logopädin, als auch die Inklusionsassistentin mit Giuliana jeweils ein Buch herstellen – wobei beide auch anmerkten, dass es aktuell nicht bearbeitet wurde –, dennoch wurde daraufhin nicht vereinbart, nun ein gemeinsames Buch, das Giuliana mit nach Hause nimmt und zu ihren jeweiligen Aufenthaltsorten mitbringt, zu erstellen. „Eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung aller Beteiligten zum Wohle der Kinder ist Voraussetzung und Aufgabe zugleich“ (ebda, 51).

Positiv an diesem Runden Tisch war m. E. jedoch die Tatsache, dass die Erzieherinnen des Kindergartens und die Mutter ausführliche Informationen zum Cochlea Implantat und dem Umgang damit im Alltag erhielten. Die Fachkräfte (Beratungslehrerin und Logopädin) stellten dies verständlich dar und wiesen auch auf die Gefahren hin. Zudem wurde kurz auf die weitere, vor allem sprachliche, Förderung von Giuliana eingegangen. Dies wurde leider– bis auf eine Ausnahme (Protokoll des ‚Runden Tisches‘, s. Anhang E5f) – nicht konkretisiert. Im Gespräch entstand für mich zwar nicht der Eindruck, dass jemand konkrete Umsetzungsvorschläge benötigen würde. Nach meinen Beobachtungen im Kindergartenalltag erscheint mir jedoch die Erarbeitung von handhabbaren Fördervorschlägen sinnvoll, bei denen gleichzeitig vereinbart wird, wer diese mit Giuliana durchführt. Durch solche Absprachen wäre für die Mutter auch transparenter, wie ihr Kind im Kindergarten gefördert wird. Sicherlich ist dies nicht für jedes Kind umsetzbar, aber für Giuliana, die pädagogische und begleitende Hilfen (s. Kap. III 2.2) erhält, m. E. durchaus. Im Kindergartenalltag gehen Dinge, die im Team (oder in dem Fall am ‚Runden Tisch‘) besprochen werden, nach meiner Erfahrung, leider unter. Dies bringt die tägliche Arbeit mit sich.

Neben den ‚Runden Tischen‘ finden bei Kindern, die integriert werden, noch andere Kooperationsformen statt. Diese werden seitens der Stadt für Kinder gefordert. Die Kooperation zwischen den Erzieherinnen des Kindergartens und der Inklusionsassistentin wird zum einen durch die Teilnahme an Teamsitzungen und zum anderen durch Gespräche im Kindergartenalltag verwirklicht. In Giulianas Fall gibt es neben den Elterngesprächen, die bei ‚Integrationskindern‘ mindestens zwei Mal im Jahr stattfinden sollen, viele ‚Tür- und Angelgespräche‘ mit der Mutter.²⁶ Ebenso fanden Therapeutengespräche – bspw. zwischen der Beratungslehrerin und der Inklusionsassistentin – statt.

4. Dokumentation durch Portfolios

Zwei große – für manche Einrichtungen neue – Schwerpunkte des Orientierungsplans sind die Beobachtung und Dokumentation der kindlichen Entwicklungsverläufe. „Im Sinne einer

²⁶ Im Orientierungsplan wird neben diesen bedeutenden und wertvollen ‚Tür- und Angelgesprächen‘ mindestens ein strukturiertes Elterngespräch gefordert (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport B-W 2006, 52).

tragfähigen Entwicklungsbegleitung und als Instrument differenzierter Lernunterstützung ist die systematische Beobachtung unerlässlich“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2006, 50). Dabei können verschiedene Beobachtungsverfahren angewendet werden, die unterschiedliche Aspekte in den Fokus der Betrachtung stellen. Um beispielsweise Besonderheiten bzw. Risiken in den Entwicklungsverläufen zu erkennen und gegebenenfalls Fachkräfte hinzuzuziehen, kann das Konzept ‚Grenzsteine der Entwicklung‘ verwendet werden. Durch gezielte Fragen, die jeweils mit ‚ja‘ oder ‚nein‘ beantwortet werden sollen, sollen die Bereiche Motorik, Sprache, Kognition, soziale und emotionale Kompetenzen beleuchtet werden.²⁷

Durch diese schriftlichen Beobachtungsergebnisse erhält man eine Dokumentation der Entwicklungsverläufe des Kindes, welche die Grundlage für den Austausch mit Kolleginnen, Eltern und Fachkräften darstellen. „Weitere Dokumente, wie z.B. Werke des Kindes, Gesprächsaufzeichnungen, Fotos von Schlüsselszenen oder Videosequenzen bilden zusammen mit den Entwicklungsbeobachtungen der Erzieherinnen in Entwicklungsbüchern oder Portfolios greifbare Lernspuren einer persönlichen Bildungsbiografie“ (ebda, 51). Diese Portfolios dienen zudem als Basis für die Kooperation mit der Grundschule. Mit dem Einverständnis der Eltern sollen sie die intensive Zusammenarbeit im letzten Kindergartenjahr zwischen Erzieherin und Lehrkraft unterstützen. Nach der Erprobungsphase des Orientierungsplans ist vorgesehen, dass solche schriftlichen Dokumentationen für jedes Kind verbindlich werden (ebda, 69).

Portfolios eignen sich jedoch nicht nur, um Bildungs- und Entwicklungsprozesse von Kindern zu erfassen und schriftlich festzuhalten, sie eröffnen auch Austauschmöglichkeiten. Alle Beteiligten, die am Kind arbeiten, können im Portfolio Dokumente über dieses hinterlegen – so die Erzieherinnen beispielsweise Beobachtungsbögen, Protokolle oder Bilder. Dadurch können alle Beteiligten unabhängig davon, ob die entsprechende Person gerade im Kindergarten zugegen ist, sehen, was mit dem Kind in den einzelnen Bereichen (Therapie, Kindergartenalltag,...) gemacht wurde. Auch so kann ein – wenn auch nicht verbaler – erfolgreicher Austausch erfolgen.

Auch in Giulianas Fall wurde ein Portfolio angelegt. In diesem werden z. B. die Beobachtungsbogen, welche bei Integrationskindern jährlich ausgefüllt werden müssen, die Protokolle der ‚Runden Tische‘ und der sonstigen Gespräche und diagnostische Daten abgelegt.

²⁷ Dieses Konzept wird im Orientierungsplan (S. 44) erwähnt. Es soll in dieser Arbeit jedoch nicht weiter vorgestellt werden. Ebenso wird nicht auf Vor- und Nachteile eingegangen. Weitere Beobachtungsverfahren, die zum Beispiel die Themen des Kindes, sein Interesse und Engagement herausfinden möchten sind die ‚Bildungs- und Lerngeschichten‘ und die ‚Leuvenener Engagiertheitsskala für Kinder‘. In der Pilotphase des Orientierungsplans sollen verschiedene Verfahren erprobt werden, um später eine standardisierte Dokumentation entwickeln zu können (ebda, 69).

Mittlerweile hat sich jeder, der mit Giuliana zu tun hat, angewöhnt regelmäßig in diesen Ordner hinein zu schauen. Alles, was Giuliana betrifft, wird nun an einem Ort gesammelt und ist für Erzieherinnen, Inklusionsassistentin und Eltern stets einsehbar.

III Organisationsformen und Konzepte der Integration im Elementarbereich

1. Organisationsformen

Die Entwicklung integrativer Erziehung in Deutschland entstand in den frühen siebziger Jahren durch die Initiative von Eltern, Erzieherinnen und Lehrkräften. Damals gab es noch keine besonderen Rahmenbedingungen, sie hatten keine oder wenig Erfahrung und benutzten keine langjährig erprobten Konzepte (Heimlich 2003, 23). Mittlerweile ist gemeinsames Spielen, Lernen und Arbeiten von Menschen mit und ohne Behinderung jedoch auch in Deutschland ein weithin anerkanntes Konzept (ebda, 15). Das integrative Konzept wird – vor allem im Elementarbereich – immer mehr zum Regelangebot (ebda, 24). Die Anzahl integrativer Plätze in Kindertageseinrichtungen nimmt beständig zu. Zwischen den Jahren 1998 und 2002 wurden mehr als 10.000 neue Integrationsplätze eingerichtet (DJI Zahlenspiegel, s. Anhang J5). Rechtlich verankert ist der Anspruch auf integrative Betreuung von behinderten Kindern seit dem Jahr 2001. Im Sozialgesetzbuch (SGB) IX, Gesetz zur Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen steht in § 4 Abs. 3: „Leistungen für behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Kinder werden so geplant und gestaltet, dass nach Möglichkeit Kinder nicht von ihrem sozialen Umfeld getrennt und gemeinsam mit nichtbehinderten Kindern betreut werden können. Die Sorgeberechtigten werden intensiv in die Planung und Gestaltung der Hilfen einbezogen.“ Zudem hat nach § 24 SGB VIII, dem Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG), jedes Kind das Recht auf den Kindergartenbesuch, was grundsätzlich für alle Kinder, also auch für Kinder mit Behinderung, gilt (KVJS 2006, 4). Das SGB VIII wird seit dem 01.01.2005 durch das Tagesbetreuungsgesetz verändert und ergänzt. Somit ist jetzt auch durch § 22a SGB VIII gesetzlich verankert, dass behinderte und nichtbehinderte Kinder in gemeinsamen Gruppen gefördert werden sollen. Zudem wird die Zusammenarbeit von Jugend- und Sozialhilfe bei der Planung und Finanzierung von integrativen Maßnahmen gefordert.

In Deutschland existieren, aufgrund der Kulturhoheit der Bundesländer, verschiedene Organisationsformen, um die Erziehung und Bildung auf institutioneller Ebene zu regeln.²⁸ Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass in jedem Bundesland Integration betrieben wird und im Prozess der Weiterentwicklung ist (Heimlich 1995, 38f). Auch die Finanzierung dieser wird in jedem Bundesland unterschiedlich geregelt; sie setzt sich zusammen aus Jugendhilfe, Sozialhilfe, schulischen Hilfen und/oder Leistungen der Krankenkasse. „Eine konsequente Integration behinderter Kinder in Regeleinrichtungen hat sich“ – nach Aussage des Kommunal-

²⁸ Eine Übersicht über die Organisationsformen der einzelnen Bundesländer (Stand: Ende des Jahres 1992) lässt sich bei HEIMLICH (1995, 45f) finden.

verbandes für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) – „am ehesten dort entwickelt, wo diese Einrichtungen als teilstationäre Einrichtungen der Sozial- und/oder Jugendhilfe anerkannt sind“ (KVJS 2006, 2). Zurück zu den Organisationsstrukturen: Drei Hauptformen können unterschieden werden (ebda, 2; Bspe. vgl. u.a. Frühauf 1999, 120):

1.) Integrative Form

In diese Kategorie fallen alle Organisationsformen, die konsequent Kinder mit und ohne Behinderung in kleinen Gruppen betreuen. Das sind beispielsweise *integrative Gruppen* in Regel- oder Sondereinrichtungen und *integrative Kindergärten bzw. Kindertagesstätten*.

2.) Integrierte Form

Hierunter werden *Gruppen* von behinderten und nichtbehinderten Kindern gefasst, die – mehr oder weniger – miteinander *kooperieren*. Zum Beispiel eine kooperative Gruppe im Regelkindergarten oder ein Sonder- und ein Regelkindergarten als getrennte Organisationsformen, jedoch in einem gemeinsamen Gebäude.

3.) Einzelintegration

Hierbei werden *einzelne* (ein bis drei) *Kinder* aus dem Wohnumfeld in eine schon bestehende Regeleinrichtung aufgenommen. Diese Plätze werden für Kinder mit Behinderung freigehalten, so dass es auch sein kann, dass in manchen Jahren keine Kinder, diese in Anspruch nehmen (Dittrich 1998, s. Anhang K1). Die Einzelintegration ist die häufigste Form der Integration im Elementarbereich in Deutschland (Heimlich 2003, 33). Meist ist diese Regeleinrichtung der ‚Nachbarschaftskindergarten‘, so dass diese Art der Integration dem Prinzip der Wohnortnähe bzw. dem Prinzip der Regionalisierung (s. Kap. III 3.1) am ehesten gerecht wird.

Obwohl die Einzelintegration am häufigsten vertreten ist, bringt sie auch die größten fachlichen Schwierigkeiten mit sich. Zwar stellt sie eine gute Alternative zu integrativen Kindergärten dar, erspart sie schließlich – gerade in ländlichen Gegenden – den Kindern weite Fahrwege und ‚reißt‘ sie so nicht aus ihrem gewohnten Umfeld, doch es besteht „... die Gefahr, dass die notwendigen Rahmenbedingungen nicht gesichert sind. Offensichtlich gibt es bundesweit starke Qualitätsunterschiede hinsichtlich wichtiger Erfolgsfaktoren: Ausstattung, Fachberatung, Vorbereitung aller Beteiligten, Weiterqualifikation der Erzieherinnen, Sicherstellung heilpädagogischer und therapeutische Angebote“ (Frühauf 1999, 120). Aufgrund dessen spielen gerade bei dieser Organisationsform Qualitätsentwicklung und -sicherung eine besonders große Rolle. Mit der Aufnahme eines behinderten Kindes sollte auch immer eine Veränderung der Rahmenbedingungen des Kindergartens einhergehen (ebda, 121).

Genau anzugeben, wie viele Kinder mit Behinderung im Elementarbereich integrativ betreut werden, ist schwierig. Dies liegt vor allem daran, dass die Daten unterschiedlich erhoben werden. So werden zwar seit 1994 die Plätze für Kinder mit Behinderungen in der Kinder- und Jugendhilfestatistik erfasst, doch wie viele davon tatsächlich von behinderten Kindern in Anspruch genommen werden, wird damit nicht erhoben. Dass auf diese Art und Weise erhebliche Diskrepanzen entstehen können, zeigte sich, als die Zahlen der Kinder- und Jugendhilfestatistik von 1998 mit einer Erhebung für den Zehnten Kinder- und Jugendbericht (1999) verglichen wurden. Der Zeitraum von eineinhalb Jahren, der zwischen den Datenerhebungen lag, kann nicht alleine den Unterschied von 5.500 Plätzen im Kindergartenbereich erklären (DJI Zahlenspiegel, s. Anhang J3).

Tendenzen lassen sich jedoch dennoch ableiten und einige Zahlen möchte ich nennen, um einen Eindruck über die Größenordnungen zu geben. So lässt sich feststellen, dass vor allem im Kindergartenbereich die Integration große Fortschritte macht. Von ehemals 2.100 integrativen Plätzen im Jahr 1990 (nur alte Bundesländer!) stieg die Zahl auf ca. 20.000 im Jahr 1999 in ganz Deutschland. Verglichen mit den behinderten Kindern, die Sondereinrichtungen besuchen (ca. 27.000 im Jahr 1999), wurden somit etwa 43% der ‚wesentlich‘ behinderten Kinder integrativ betreut (Frühauf 1999, 119). Dieser große Anstieg lässt sich u.a. darauf zurückführen, dass in der Statistik nun die neuen Bundesländer mitberücksichtigt wurden und dass dort die Anzahl von integrativen Plätzen nach der Wende rasch zunahm. In den neuen Bundesländern wurde Integration einerseits gesetzlich verankert, zudem mussten neue Betreuungsformen geschaffen werden, da ein Überangebot an Plätzen in Kindertageseinrichtungen zu erwarten war (DJI Zahlenspiegel, s. Anhang J2).

Im Vergleich der Bundesländer liegen dennoch Hessen und Bremen mit einer Integrationsquote von 80% an der Spitze. Alle anderen westlichen Bundesländer liegen jedoch unter 50%. Nach Hessen und Bremen folgen Brandenburg und Mecklenburg mit jeweils über 70% integrativer Kindergartenplätze. Das Ende bilden Hamburg, Baden-Württemberg (je 29%), Niedersachsen (25%) und Bayern (14%) (vgl. Frühauf 1999, 119/ Dittrich 1998, s. Anhang K2). In den Bereichen Krippe (für Kinder unter drei Jahren) und Hort stellt die Integration jedoch weiterhin die Ausnahme dar. (DJI Zahlenspiegel, s. Anhang J5). Es wird „... deutlich, dass die Verbreitung des integrativen Angebots in den Kindertagesstätten davon abhängig ist, ob Träger und Einrichtungen eindeutig durch die Länder dazu aufgefordert werden, integrative Angebote zu schaffen und diese dann auch finanziell durch die Länder gestützt werden“ (Dittrich 1998, s. Anhang K3). Auffallend ist zudem, dass integrative Angebote in der Schule immer noch nicht etabliert sind. Meist können behinderte Kinder, die im Elementarbereich

reich integrativ betreut wurden, nicht die gleiche Schule wie ihre gleichaltrigen, nichtbehinderten Freunde besuchen (DJI Zahlenspiegel, s. Anhang J12).

2. Organisationsform in Baden-Württemberg: Die integrative Gruppe

In Baden-Württemberg trat am 01.01.2004 das novellierte Kindergartengesetz (KGaG) in Kraft, das ausdrücklich die gemeinsame Erziehung fordert. In § 2 Abs. 2 heißt es: „Kinder, die auf Grund ihrer Behinderung einer zusätzlichen Betreuung bedürfen, sollen soweit dies möglich ist, zusammen mit Kindern ohne Behinderung in gemeinsamen Gruppen gefördert werden.“ Seit 2004 gibt es in Baden-Württemberg das Konzept der *integrativen Gruppe*. Diese liegt vor, sobald mindestens ein Kind mit Behinderung (im Sinne von § 2 SGB IX) in einer Regeleinrichtung aufgenommen wird. Nach § 2 SGB IX zählen hierzu auch Kinder, die von Behinderung bedroht sind. Da durch die Aufnahme eines behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindes die Rahmenbedingungen (personell und sachbezogen) geändert werden sollen, ist für eine integrative Gruppe immer auch die Erlaubnis des Landesjugendamtes erforderlich (KJVS 2006, 5). Vor Ort sollte in Zusammenarbeit mit dem Träger, den pädagogischen Fachkräften der Einrichtung und mit Fachstellen (Frühförderstellen, Sozialpädiatrischen Zentren, etc.) geklärt werden, ob eine Behinderung vorliegt und welcher Bedarf an zusätzlichem Personal- und Sachaufwand vorliegt (ebda, 5).

2.1 Auswirkungen auf die Gruppe

HEIMLICH stellte fest, dass in allen Bundesländern bei der Integration von behinderten Kindern die Gruppengröße reduziert und eine Versorgung mit drei Erzieherinnen pro Gruppe (bei 30 Kindern) angestrebt wird. In der Regel betreuen jedoch zwei Erzieherinnen eine Gruppe, im Idealfall verfügt eine der beiden über eine heilpädagogische Zusatzqualifikation (2003, 32). In Baden-Württemberg wird durch das Konzept der *integrativen Gruppe* eine Gruppenreduzierung um zwei bis drei Plätze pro Kind mit (drohender) Behinderung und die Versorgung mit zwei Vollzeitkräften angestrebt. Diese Angaben dienen jedoch nur als Orientierung, jede Stadt bzw. Gemeinde kann dies selbst regeln. In Reutlingen erfolgt die Reduzierung bei der Aufnahme von Kindern mit (drohender) Behinderung folgendermaßen:²⁹

	Regelkindergarten ³⁰	Verlängerte Öffnungszeit ³¹
Regelgruppengröße	25	22
1. Kind	23	20
2. Kind	21	18
Weitere Kinder	21	18

²⁹ vgl.: Broschüre ‚Die integrative Gruppe in Reutlinger Tageseinrichtungen für Kinder‘ der Stadt Reutlingen

³⁰ Beim Modell Regelkindergarten können die Kinder vormittags und nachmittags in den Kindergarten kommen.

³¹ Bei der verlängerten Öffnungszeit sind die Kinder 6 Stunden am Stück (von 8-14 Uhr) im Kindergarten. Giulianas Eltern haben diese Betreuungsform für sie gewählt.

Somit wird bei der Aufnahme von mehr als zwei behinderten oder von Behinderung bedrohten Kindern die Gruppengröße nicht weiter verkleinert. Da in einer Kindertageseinrichtung jedoch mehrere Gruppen als *integrative Gruppe* arbeiten können, kann es innerhalb einer Einrichtung in mehr als einer Gruppe zu Reduzierungen kommen. Um eine Gruppenreduzierung zu erhalten, müssen folgende Merkmale erfüllt werden:³²

- Die Betriebserlaubnis (des Landesjugendamtes) für eine ‚integrative Gruppe‘ muss vorliegen.
- Der Bescheid der Eingliederungshilfe für Kinder mit Behinderung oder
- eine Bescheinigung des Kinderarztes oder der (Interdisziplinären) Frühförderstelle, dass eine Gruppenreduzierung für das Kind und dessen Integration förderlich sei.

Es gibt jedoch keinen Rechtsanspruch auf eine Gruppenreduzierung, dies ist eine freiwillige kommunale Leistung.

2.2 Finanzierung

Seit dem neuen Kindergartengesetz (KGaG) erhalten integrative Gruppen keine Zuschüsse mehr vom Land, sondern es werden an die Gemeinden (nach einem bestimmten Schlüssel) Gelder verteilt, die dann – je nach Bedarf – an die Träger weitergegeben werden. Ausschlaggebend ist, dass in der Bedarfsplanung der Gemeinde Fördermittel für behinderte Kinder in Tageseinrichtungen vorgesehen sind. Bestanden schon vor dem Jahr 2002 integrative Gruppen in einer Gemeinde, wird dies bei der Verteilung der Gelder berücksichtigt (KVJS 2006, 5).

Die zusätzliche Eingliederungshilfe kann beantragt werden, wenn ein Kind geistig und/oder körperlich behindert ist bzw. von solch einer Behinderung bedroht ist und deshalb einen individuellen Förderbedarf hat. Dies setzt jedoch die Zustimmung des zuständigen Gesundheitsamtes durch ein Gutachten oder ein Formblatt³³ voraus. Dieses hat allerdings den Nachteil, dass angegeben werden muss, ob das Kind körperlich, geistig oder seelisch behindert ist, was für die Eltern häufig ein Problem darstellt. Gerade bei jungen Kindern mit (vermeintlicher) geistiger Behinderung, die gerade erst in den Kindergarten kommen, tun sich sogar Ärzte schwer, von ‚geistiger Behinderung‘ zu sprechen. Schließlich kann man bei solch kleinen Kindern oft noch gar nicht feststellen, ob wirklich eine geistige Behinderung vorliegt oder ob es sich ‚nur‘ um eine erhebliche Entwicklungsverzögerung handelt. Meist wird eine solche diagnostiziert oder höchstens ‚von geistiger Behinderung bedroht‘ gesprochen. Bei Giuliana stellte sich dieses Problem der Bezeichnung nicht, da sie eine bemerkbare körperli-

³² vgl.: Broschüre ‚Die integrative Gruppe in Reutlinger Tageseinrichtungen für Kinder‘ der Stadt Reutlingen

³³ Das ist das frühere Formblatt A, das mittlerweile durch das Formblatt HB/A abgelöst wurde bzw. werden soll.

che Behinderung hat (was jedoch nicht grundsätzlich etwas an dem Verarbeitungsprozess, den die Eltern durchlaufen müssen, verändert).

Nachdem die Zustimmung durch das Gesundheitsamt vorliegt, können die Eltern Eingliederungshilfe beim örtlichen Sozialamt beantragen. Je nach Förderbedarf, der von allen Beteiligten (Kindergarten, Eltern, Gesundheitsamt, etc.) festgestellt werden sollte, werden begleitende und/oder pädagogische Hilfen genehmigt (KVJS 2006, 6f). Bei Kindern mit seelischen Behinderungen (z.B. Neurosen, Psychosen, bestimmte Verhaltensauffälligkeiten) muss die Eingliederungshilfe beim Jugendamt beantragt werden. Interessant ist bei der Gewährung von Eingliederungshilfe der neue Teil der Sozialhilferichtlinien Baden-Württemberg (SHR) zum SGB XII, der ab dem 01.01.2006 gilt. Dort heißt es: „Die Gewährung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe finden ihre Grenzen, wenn der zusätzliche Förderbedarf durch den Kindergarten- bzw. Schulträger mit den zum Zeitpunkt der Entscheidung vorhandenen Personal- und Sachmitteln zzgl. den Leistungen der Eingliederungshilfe nicht sichergestellt werden kann bzw., wenn die Ziele des Kindergartens ... nicht erreicht werden können ...“. Somit wird wieder, obwohl es um Integration geht, eine Gruppe von Kindern ausgesondert! Dies führt von einer Einteilung in viele Behinderungsarten (so wie sie momentan besteht) zu einer Klassifikation von zweien: integrationsfähige behinderte Kinder und nicht-integrationsfähige (vgl. Feuser 1987b, 53).

Zurück zu den Eingliederungsmaßnahmen: die genehmigten pädagogischen und evtl. begleitenden Hilfen werden entweder von internen oder externen Fachkräften (z.B. Sozial- oder Heilpädagogen) übernommen. Von der Eingliederungshilfe wird ein fester Satz bezahlt. Dann kommt es darauf an, welche Fachkraft zur Ausführung der pädagogischen (und begleitenden) Hilfen gewählt wird. Je nach Ausbildung ist die Bezahlung unterschiedlich und somit die Anzahl der Stunden, die der Fachkraft in der Einrichtung für die pädagogischen (und begleitenden) Hilfen zur Verfügung stehen. Das bedeutet: wenn höher qualifizierte Personen (Heilpädagogen, Sonderpädagogen, etc.) eingestellt werden, haben diese weniger Stunden zur Verfügung, um mit dem Kind zu arbeiten. Somit werden wohl eher Personen eingestellt, die eine weniger qualifizierte Ausbildung haben, um möglichst viele Stunden zur Betreuung des Kindes finanzieren zu können.³⁴ Für eine qualitativ zuverlässige Versorgung mit externen Personen sind Organisationen geeignet „... bei denen ein Pool von Fachkräften zur Verfügung steht, die für verschiedene Kindergärten eingesetzt werden und die die Mittel der Eingliederungshilfe entweder vom Kindergartenträger oder direkt vom Kostenträger erhalten“ (KVJS 2006, 8). Fahrtkosten und Kindergartenbeiträge müssen bei behinderten integrierten Kindern – wie auch bei nichtbehinderten – von den Eltern bezahlt werden.

³⁴ Sinnvoller wäre m. E. bei der Eingliederungshilfe eine konkrete Stundenanzahl zu finanzieren, um möglichst qualifiziertes Personal bzw. je nach Situation und Bedarf qualifiziertes Personal einstellen zu können.

2.3 Der Integrationsprozess auf formaler Verwaltungsebene

An dieser Stelle soll ein möglicher Verfahrensablauf (so wie es auch in etwa bei Giuliana ablief) für die Integration eines behinderten Kindes in den Regelkindergarten skizziert werden. Äußern Eltern den Wunsch ihr Kind im Regelkindergarten zu integrieren, wird zunächst geklärt, ob dies sowohl im Sinne des Kindes, als auch für die Einrichtung (Personal, Räumlichkeiten, Konzeption) vorstellbar ist. Danach muss der höhere Förderbedarf nach § 2 SGB IX eingeschätzt werden. Anschließend kann eine Integrative Gruppe eingerichtet und eine Ergänzung der Betriebserlaubnis beim Landesjugendamt beantragt werden. Erst danach wird der Antrag auf Eingliederungshilfe beim Sozialamt gestellt. Zudem muss vom Gesundheitsamt die Behinderung festgestellt werden. Nach der Einschätzung des zusätzlichen Förderbedarfs durch die beteiligten Personen, sollte vom Sozialamt ein Gesamtplan erstellt werden. Im Kindergarten werden anschließend die erforderlichen Hilfen (pädagogisch und/oder begleitend) eingeschätzt. Der Sozialhilfeträger entscheidet was er genehmigt und schließt gemeinsam mit dem Kindergartenträger einen Vertrag. Die Leistung wird nun durch internes Personal oder Kräfte eines Integrationsfachdienstes erbracht. Der Gesamtplan sollte bedarfsgerecht fortgesetzt werden (vgl. KVJS 2006, Anhang 2). Diese kurze Darstellung lässt erkennen, wie viel Verwaltungsaufwand notwendig ist, um ein behindertes Kind zu integrieren. Giulianas Familie wurde bei der Beantragung durch die Kindergartenleiterin – für die es jedoch auch das erste ‚Integrationskind‘ war – tatkräftig unterstützt. Trotzdem widerstrebt es Giulianas Mutter sehr, auf das Sozialamt zu gehen, mit welchem sie eigentlich nichts ‚zu tun haben‘ wollte.

2.4 Modell in Reutlingen: Zusammenarbeit mit FABI

Die Stadt Reutlingen kooperiert zur Erbringung der Leistungen der Eingliederungshilfe mit dem Fachdienst für Assistenz, Beratung und Inklusion³⁵ (FABI), der hier angesiedelt ist. Dieser hat zurzeit einen Pool von etwa 30 Inklusionsassistentinnen und steht bei der Suche und Anstellung der Assistentinnen zur Verfügung. Zudem koordiniert der Fachdienst die unterschiedlichen Leistungen und ist für die Kooperation zwischen allen Beteiligten zuständig. Neben dem Angebot des Assistenzmodells bietet der Fachdienst intensive Beratung und Begleitung an, wenn die Assistentin in der Einrichtung nicht mehr benötigt wird (Beratungsmodell). Arbeiten Inklusionsassistentinnen noch in einer Einrichtung, können sie die Praxisbegleitung, die FABI anbietet, nutzen (Coachingmodell). Der Fachdienst kooperiert zudem mit dem früheren Träger AGI (Arbeitsgemeinschaft Integration)³⁶ und deren Weiterbildungs-

³⁵ Der Begriff Inklusion wurde aufgrund internationaler Entwicklungen und aktueller Fachdiskussionen bewusst gewählt, um die Aufnahme von Kindern mit besonderem Unterstützungsbedarf in Regeleinrichtungen zu bezeichnen.

³⁶ FABI wurde als Projekt von AGI und der Evangelische Fachhochschule ins Leben gerufen, kooperierte mit Stadt- und Landkreis und wurde durch Aktion Mensch bezuschusst. Nach der Projektphase ist FABI jetzt unter dem Dach der Bruderhaus Diakonie zu finden.

projekt IQUA (Inklusion, Qualifikation, Assistenz), welches die Inklusionsassistentinnen ausbildet.

2.4.1 Inklusionsassistentin

Meistens sind es Erzieherinnen, die sich zur Inklusionsassistentin qualifizieren, in Ausnahmefällen können jedoch auch nicht pädagogisch-ausgebildete Personen (z. B. Eltern behinderter Kinder) die Qualifizierungsmaßnahme absolvieren. Diese dauert ein Jahr und umfasst neben der theoretischen Ausbildung die praktische Arbeit in einer Praktikumsstelle. Für die meisten Inklusionsassistentinnen bietet die Weiterbildung – nach der Erziehung der eigenen Kinder – die Möglichkeit eines Wiedereinstiegs in den Beruf. So arbeiten Inklusionsassistentinnen meistens auf 400 €-Basis, da sie in einer Einrichtung die Assistenzleistung für ein Kind erbringen, was 4,5 Stunden (pädagogische Hilfen) bzw. 7,5 Stunden (pädagogische und begleitende Hilfen zusammen) pro Woche entspricht. Davon ist eine halbe Stunde für Vorbereitung, Teamsitzungen, Absprachen, Kooperation, etc. vorgesehen und die restlichen 4 bzw. 7 Stunden für die praktische Arbeit in der Einrichtung.

2.4.2 Rolle und Aufgaben

Inklusion bezieht – im Sinne einer optimierten Integration (s. Kap. II 2.1) – alle Kinder mit ihren Unterschiedlichkeiten mit ein und sondert kein Kind aus. In diesem Sinne soll auch die Inklusionsassistentin arbeiten. Nicht für das Kind ist sie verantwortlich, sondern für die Situation. Die Inklusionsassistentin arbeitet nicht zwangsläufig nur mit dem behinderten Kind, sondern – je nach Situation – auch mit anderen Kindern, um in diesem Moment der Erzieherin, die täglichen Kontakt mit dem Kind hat, die Möglichkeit zu geben, sich auf das Kind mit Assistenzbedarf einzulassen. Die Assistentin wartet nicht darauf, bis das Kind mit Behinderung zu ihr kommt, sondern entscheidet situativ, ob sie mit dem Kind, mit anderen Kindern oder auch in einer Kleingruppe und dem behinderten Kind arbeitet. Verantwortlich für alle Kinder bleibt jedoch in jedem Fall die Gruppenerzieherin.³⁷

Die Inklusionsassistentin hat ‚Dolmetscherkompetenzen‘: sie schaut, was das Kind braucht und wie und wo die Brücke geschlagen werden kann. Dazu muss sie das Kind beobachten und versuchen es aufgrund seiner Entwicklung und seiner Ausdrucksformen zu verstehen. Diese (teilnehmenden) Beobachtungen eignen sich zudem, um den Austausch mit den Erzieherinnen zu vertiefen. In der Kindergartengruppe versucht die Inklusionsassistentin die Position des behinderten Kindes und seine Beziehungen zu stärken. In Zusammenarbeit mit den Erzieherinnen sollen inklusive Situationen – abgestimmt auf die jeweilige Einrichtung – für den Kindergartenalltag geplant und durchgeführt werden.

³⁷ Diese Informationen wurden teilweise der Profil- und Leistungsbeschreibung von FABI entnommen.

3. Ausgewählte Konzepte

Seit den Anfängen der Integrationsentwicklung zu Beginn der siebziger Jahre wurden in Deutschland für den Elementarbereich verschiedene Ansätze für die gemeinsame Erziehung und Bildung entwickelt. Diese sind meist durch Modellversuche, die in verschiedenen Bundesländern durchgeführt wurden, entstanden. Neben denen von FEUSER und HEIMLICH, die anschließend noch etwas genauer beschrieben werden,³⁸ lassen sich die ‚Theorie der integrativen Prozesse‘ nach REISER (1987), der ‚ökosystemische Ansatz‘ von SANDER (vgl. z.B.: Hildeschiedt & Sander 1988), und der ‚situationsorientierte Ansatz‘ nach DICHANS (1990) als wesentliche Theorieansätze nennen (Hinz 1993, 38f/ Heimlich 2003, 28f).³⁹ Eine Befragung von Erzieherinnen durch das Deutsche Jugendinstitut (DJI) (vgl. Pelzer 1990) ergab, dass in der Praxis meist der situationsorientierte Ansatz Anwendung findet. Zudem werden bei der Integration von Kindern mit Behinderung im Elementarbereich häufig Elemente der Montessoripädagogik genutzt (Heimlich 2003, 29). Die Konzeptionsentwicklung in einer Einrichtung, die Kinder mit Behinderungen integriert, ist meist ein gemeinsamer Prozess aller Beteiligten, der sich zwar auf bestimmte Ansätze stützt, diese jedoch je nach Bedarf und Möglichkeiten kombiniert, verändert und anpasst.

In der Regeleinrichtung, die Giuliana besucht, ist kein spezielles Integrationskonzept vorhanden. Auch die Inklusionsassistentin arbeitet nicht nach einem besonderen Konzept. Auf Nachfrage meinte sie, dass es in dieser Einrichtung so viele Kinder mit (sonderpädagogischem) Unterstützungsbedarf gäbe, dass sie je nach Situation schauen würde, wo sie am meisten gebraucht wird. Häufig habe sie etwas Vorbereitetes in der Tasche dabei, käme dann aber aufgrund der aktuellen Gegebenheiten nicht dazu dies durchzuführen. Sie sieht sich als ‚Helferin‘, die dort einspringt, wo sie benötigt wird. Auf diese Weise möchte sie die Erzieherinnen entlasten, damit diese sich in der Zeit um Giuliana kümmern können. Sie ist Anregungen gegenüber sehr offen, so dass ich mir vorstellen kann, dass sie Teile der nachfolgenden Konzepte in ihr alltägliches Arbeiten übernehmen würde. Eines dieser Konzepte ist die ‚Theorie des gemeinsamen Gegenstandes‘ nach FEUSER. Es wird in dieser Arbeit vorgestellt, da es im Orientierungsplan für Bildung und Erziehung für die baden-württembergischen Kindergärten (zwar unzitert) erwähnt wird. Auf die integrative Spielförderung (HEIMLICH) wird eingegangen, da das Spiel auch in der Sprachförderung eine Rolle spielt (s. Kap. V 5.2) und ein Spielbeobachtungsbogen (nach Parten 1932), der auch von HEIMLICH (1995, Anhang I) verwendet wird, von der Inklusionsassistentin und mir eingesetzt wurde (s. Kap. VI 1.2.2).

³⁸ Diese beiden Konzepte werden in Kap. III 3.1 und 3.2 nur kurz beschrieben; ausführlichere Darstellungen können in der dort angegebenen Literatur des jeweiligen Verfassers nachgelesen werden.

³⁹ Eine tabellarische Zusammenfassung der integrationspädagogischen Konzeptionen für den Elementarbereich findet sich in Heimlich 1995, S. 73.

3.1 Theorie des gemeinsamen Gegenstandes nach FEUSER

Georg FEUSER ist Grund-, Haupt-, Real- und Sonderschullehrer und seit 1978 Professor für Behindertenpädagogik, Didaktik, Therapie und Integration bei geistiger Behinderung und schweren Entwicklungsstörungen an der Universität Bremen.⁴⁰ Er entwickelte durch seine Forschungen im Kindergarten ein integrationspädagogisches Konzept, das viele Jahre im Kindergartenbereich erprobt und wissenschaftlich begleitet und später auf den Schulbereich übertragen wurde.⁴¹ FEUSER sieht in Zeiten einer so genannten ‚neuen Euthanasie‘ („Praktische Ethik“ von P. SINGER (2002), Humangenetische ‚Möglichkeiten‘, Pränataldiagnostik, etc.) Integration von Menschen mit Behinderung als – beinahe einzige – Chance auf deren Lebensrecht (vgl. Markowetz 1997, 191/ Feuser 2003, 5f). Sein entwicklungslogisches Konzept basiert auf der sowjetischen Psychologie (u.a. Wygotski 2002) und auf den Theorien der kognitiven Entwicklungspsychologie nach PIAGET (1975).

- „Integration bedeutet pädagogisch (in gleicher Weise für Kindergarten und Schule), dass
- a l l e Kinder und Schüler (ohne Ausschluss behinderter Kinder und Jugendlicher wegen Art und/oder Schweregrad einer vorliegenden Behinderung)
 - in Kooperation miteinander
 - auf ihrem jeweiligen Entwicklungsniveau
 - nach Maßgabe ihrer momentanen Wahrnehmungs-, Denk- und Handlungskompetenzen
 - an und mit einem »gemeinsamen Gegenstand« (Projekt/Vorhaben/Inhalt/Thema) spielen, lernen und arbeiten“ (Feuser 1996, s. Anhang M2).

Lehr- und Lernangebote sollen die aktuelle ‚Zone der Entwicklung‘ berücksichtigen und sich an der ‚Zone der nächsten Entwicklung (ZNE)‘ orientieren.⁴² FEUSER rückt bei der Integration nicht das behinderte Kind in den Betrachtungsmittelpunkt, sondern die „Struktur des Erziehungs- und Bildungsprozesses“ (⁴1987a, 29). Integration wird somit als Weg und Ziel pädagogischer Förderung gesehen. Als methodische Handlungsformen nennt FEUSER Projekt und Spiel, wobei hieran HEIMLICH kritisiert, dass „... die Aussagen zum Spiel sehr rudimentär bleiben und insbesondere die Tradition der sowjetischen Psychologie zur Spieltheorie nicht weiter problematisiert wird“ (1995, 60). Für die Arbeit in Projekten hingegen, stellt er vor allem für den Elementarbereich, konkretere Umsetzungsmöglichkeiten vor. (vgl. Feuser ⁴1987a, 153ff).

Nach FEUSER erfordert Integration, dass „... (Regel-)Kindergärten ... für alle so gestaltet werden, dass jedes Kind ... ohne sozialen Ausschluss und ohne persönliche Etikettierung als ‚defekt‘, ‚abweichend‘ oder ‚behindert‘ seinen ... individuellen Voraussetzungen gemäß umfassend gefördert ... wird“ (Feuser 1996, s. Anhang L1). Er betont zudem Prinzipien, die für die Organisation integrativer Erziehungspraxis wichtig sind (vgl. ebda, s. Anhang L3):

⁴⁰ Momentan hat er eine Gastprofessur in Zürich inne.

⁴¹ Ich werde FEUSERS Konzept in diesem Kapitel nur auf den Elementarbereich beziehen und deshalb nicht auf ‚Schüler‘, Unterrichtsmethoden und Vorschläge, die nur die Schule betreffen, eingehen.

⁴² Angelehnt an Wygotski 2002

- das *Prinzip der Regionalisierung*: Jedes Kind soll in seinem Stadtteil/ an seinem Wohnort den dort ansässigen (Regel-)Kindergarten besuchen können
- das *Prinzip der Dezentralisierung*: Personelle und materielle Hilfen sollen in den Alltag und in das Gruppengeschehen eingebunden werden und nicht an anderen Orten (Praxisräume, Frühförderstellen, etc.) oder in Sonderräumen stattfinden.
- das *Prinzip des Kompetenztransfers*: Der Austausch zwischen den unterschiedlichen Fachkräften, welche jeweils über eine unterschiedliche berufliche Bildung und Vorerfahrung verfügen, soll gefördert werden, um somit eine gegenseitige Aneignung von Kompetenzen zu erreichen.
- das *Prinzip der integrierten Therapie*: Therapeutische Hilfen sollen direkt im Gruppengeschehen zum Tragen kommen und müssen deshalb bei der Planung der Vorhaben schon berücksichtigt werden. Zum einen erleben die Kinder diese als Hilfestellungen bei ihrem Tun und zum anderen haben sie präventiven Charakter für alle Kinder.

Im Zusammenhang mit Integration muss jedoch auch das Menschenbild, das in der Regel- und Sonderpädagogik vorherrscht, revidiert werden (Feuser 1987b, 39). Ebenso muss das Bildungssystem, das momentan segregiert und aussondert, verändert werden. FEUSER bezieht die Aussonderung nicht nur auf Kinder und Schüler mit Behinderung, sondern auch auf die Trennung zwischen Gymnasium, Realschule und Hauptschule und die in der Diskussion stehende ‚Hochbegabten-Förderung‘ (1987b, 46). Integration bedarf einer kindzentrierten, basalen und allgemeinen Pädagogik (vgl. ebda, 53). Eine „allgemeine Pädagogik“, die nicht aussondert, verlangt (Feuser 1996, s. Anhang L2):

- ‚gewähren‘ statt ‚vorenthalten‘
- ‚handeln‘ statt ‚behandeln‘ und
- ‚differenzieren‘ statt ‚segregieren‘.

3.3 Integrative Spielförderung nach HEIMLICH⁴³

Gemeinsames Spiel von behinderten und nichtbehinderten Kindern wurde in Deutschland schon zu Beginn der Integrationsbemühungen thematisiert. Nach HEIMLICH lassen sich integrative Spielsituationen als „...Situationen, in denen alle Kinder auf der Basis ihrer Fähigkeiten am gemeinsamen Spiel teilnehmen können“ definieren (1995, 25). Dies erinnert stark an FEUSERS Theorie des gemeinsamen Gegenstandes (s. Kap. III 3.1). HEIMLICH (1995, 26) sieht im Gegensatz zu FEUSER jedoch nicht die kooperative Spieltätigkeit als Norm bzw.

⁴³ Dieses Konzept wurde gemeinsam mit HÖLTERSINKEN im Projekt ‚Gemeinsam spielen‘ in Dortmund erprobt (s. Heimlich/Höltershinken 1994).

Indikator einer gelungenen Integration. Genauso kann ein allein spielendes Kind in das Gruppengeschehen einbezogen sein.

„In der Spielsituation heißt der gemeinsame Gegenstand Spielprozess und dieser Gegenstand wird von den Kindern versucht in Gang zu setzen, an diesem Gegenstand wird gelernt und dieser Gegenstand ist der eigentliche Inhalt der Tätigkeiten. Der Spielprozess kann auch von einem Kind allein initiiert werden“ (Heimlich 1995, 26).

HEIMLICH legt mehr Wert auf den Entwicklungsprozess der Spieltätigkeit, bei dem zwischen Alleinspiel und Kooperationsspiel viele Zwischenformen zu unterscheiden sind (ebda, 26). Er ist außerdem der Ansicht, dass integrative Spielprozesse als konzeptionelles Instrument fungieren können, da er durch Beobachtungen festgestellt hat, dass sich behinderte und nicht-behinderte Kinder vor allem im Freispiel spontan begegnen (ebda, 30). Gerade in Kindergärten mit Einzelintegration könnten diese Situationen genutzt werden, um ein gemeinsames Miteinander entstehen zu lassen. Integrative Spielsituationen ergänzen den Kindergartenalltag, da ‚Spielen‘ dort täglich vorkommt (vgl. ebda, 78). Zudem beruht integrative Förderung nach HEIMLICH auf gemeinsamen Handlungen; seien diese nun beim Spielen, Lernen, Arbeiten oder Leben verwirklicht (2003, 88).

Das Konzept der integrativen Spielförderung umfasst folgende Ziele, Inhalte, Methoden, Organisationsformen und Begründungszusammenhänge:

Komponente	Einzelmerkmale
1. Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Spielerfahrungen, die alle teilen können und zu denen alle beitragen können • Toleranz gegenüber den spezifischen Fähigkeiten anderer • »Spielen mit allen Sinnen«
2. Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> • soziale Spieltätigkeiten als Ausgangspunkt • Fähigkeiten und Bedürfnisse aller Kinder • Alltagserfahrungen aller Kinder
3. Methoden/ Medien	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der sozialen Spieltätigkeit • Unterstützung der Kontaktinitiierung • Integrative Spielmittel • Integrative Spielräume • Spielbeobachtung
4. Organisationsformen	<ul style="list-style-type: none"> • Integrative Gruppen in Tageseinrichtungen für Kinder • Integrative Kleingruppen • Integrative Spielfeste • Integrative Spielplätze
5. Begründungszusammenhang	<ul style="list-style-type: none"> • Theorie integrativer Spielsituationen • Ökologische Spielpädagogik • Modell der heil- und sonderpädagogischen Spielförderung

Abb. 1: Konzept der integrativen Spielförderung (Heimlich 2003, 89)

Die Spielsituation muss offen gestaltet werden, damit sich jedes Kind mit seinen individuellen Fähigkeiten einbringen kann. Sie muss leiblich-sinnliche Erfahrungen, Identitätsbildung und

soziale Partizipation ermöglichen (ebda, 170f). Das Spiel kann jedoch nicht nur für integrative Prozesse genutzt werden, es ist gleichsam bedeutend für die gesamte kindliche Entwicklung. „Immer sprechen angemessene Spielangebote beim Kind Emotion und Motivation, Wahrnehmung und Kognition, Aufmerksamkeit und Gedächtnis ... und Kreativität an“ (Brand 1998, 29). Die Förderung der emotionalen, sozialen, kognitiven und sensomotorischen Entwicklung durch Spielen wurde empirisch nachgewiesen (vgl. Oerter ²1997).

Die Aufgabe der Erzieherinnen besteht darin, dass sie den Kindern ein Umfeld (an)bieten, welches zum gemeinsamen Spiel anregt. Sie müssen kooperative Spielsituationen erkennen, fördern und unterstützen. Zudem sollten sie zum kindlichen Spiel eine „Halbdistanz“ (Heimlich 2003, 91) einhalten, d.h. je nach Verlauf des Spielprozesses eher passiv und beobachtend oder aktiv am Spielgeschehen teilnehmend. Die aktive Teilnahme kann durch Mitspielen oder Vorspielen der eigenen Ideen geschehen (ebda, 91). Zudem sollte die Kontaktinitiierung der Kinder angeregt und unterstützt werden, z. B. durch ein Kind ohne Behinderung, das den Kontakt initiiert und von der Erzieherin darin unterstützt wird oder durch Kontaktinitiierung der gesamten Spielgruppe, wobei diese beiden Förderkonzepte auch kritisch gesehen werden sollten (vgl. Heimlich 1995, 273f). Neben solchen direkten Möglichkeiten der Förderung des gemeinsamen Spiels, kann die Erzieherin auch indirekt eingreifen z.B. durch eine geeignete Auswahl an Spielmaterialien und einer angemessenen Gestaltung des Raumes.⁴⁴ Dieser sollte natürlich vor allem barrierefrei und flexibel sein. Zudem sind Rückzugs- und Versteckmöglichkeiten, aber auch Begegnungsorte für die Raumgestaltung bedeutend (Heimlich 2003, 94). Integrative Spielmittel sollten vor allem eine Vielfalt an sinnlichen Erfahrungen ermöglichen (Heimlich 1995, 268). Außerdem sollten sie unterschiedliche Formen des Spiels zulassen (Konstruktions-, Phantasie- und Rollenspiel), das gemeinsame Spiel anregen und fordern (Regel- und Rollenspiele), veränderbar und gestaltbar sein (z.B.: Naturmaterialien) und natürlich für *alle* Kinder geeignet sein (Heimlich 2003, 93).

Um integrative Spielprozesse initiieren und anregen zu können, ist die Spielbeobachtung von großer Bedeutung.⁴⁵ Diese kann sowohl unsystematisch, als auch systematisch erfolgen:

⁴⁴ So ließ sich nachweisen, dass eine flexible Raumgestaltung gemeinsame Spielprozesse eher ermöglichen (vgl. Heimlich 2003, 91 und Heimlich/Höltershinken 1994).

⁴⁵ Die Spielbeobachtung mit einem standardisierten Beobachtungsbogen wird in Kap. VI 1.2.2 näher beschrieben.

Formen der Spielbeobachtung nach HEIMLICH (² 2001, 225ff)		
Systematische Spielbeobachtung		Unsystematische Spielbeobachtung
Standardisierte Verfahren	Nicht-standardisierte Verfahren	Alltagsbeobachtung
Kategoriensysteme, Rating-Skalen	Gedächtnis- und/oder Verlaufsprotokolle	

Wenn die integrative Spielförderung in einer Einrichtung qualitativ gut durchgeführt werden soll, sind gezielte Aus- und Fortbildungen notwendig. Vor allem die Spielbeobachtung (Spielprotokolle, standardisierte Verfahren) bedarf einer Einführung und Erprobung (Heimlich ²2001, 285f). Nach HEIMLICH sollten die integrativen Spielprozesse langfristig in ein Netzwerk der Integration eingebettet werden, das alle mit dem Kind zusammenhängenden Fachkräfte und das Wohnumfeld des Kindes (Stadtteil, Gemeinde, Kirchen, Verbände) einbezieht. Die Arbeit der Erzieherinnen sollte durch diese Personen Unterstützung bei der gemeinsamen Erziehung erhalten (ebda, 288ff). Verweisen möchte ich zudem auf die sinnvolle Forderung HEIMLICHs, dass Frühförderer und Therapeuten in das Geschehen mit einbezogen werden sollen und ihre Therapie nicht in ihren (Praxis-)Räumen, sondern vor Ort, im Kindergarten des behinderten Kindes, erfolgen soll. Bezogen auf Giuliana wäre dies jedoch leider nicht möglich, da bspw. die Logopädin nur in ihrer eigenen Praxis therapieren darf. Nach dem Heilmittelgesetz müsste sie, um im Kindergarten die Therapie durchführen zu können, ein Rezept für Hausbesuche erhalten, was nur noch in Ausnahmefällen verschrieben wird.⁴⁶

⁴⁶ Abgesehen von dieser Einbettung in das Umfeld des behinderten Kindes, hat m. E. das Konzept der integrativen Spielprozesse viele Vorteile, so dass ich es bei Giuliana für geeignet halte.

IV Hörschädigungen und Versorgung mit dem Cochlea Implantat

Hörschädigungen kommen schon bei (Klein-)Kindern relativ häufig vor. Statistisch ist von 1000 Neugeborenen ein Kind hörgeschädigt. Die Anzahl der hörgeschädigten Kinder erhöht sich nochmals um die, die durch Krankheiten – wie beispielsweise Meningitis – schwerhörig oder gehörlos werden (Batliner 2001, 9). Bevor ich näher auf Giulianas Hörschädigung eingehe, werden kurz die Begriffe Gehörlosigkeit, Schwerhörigkeit und Ertaubung geklärt. Anschließend werden das Cochlea Implantat und die mit der Implantation verbundenen Maßnahmen erläutert.

1. Begriffsklärung

Hörschäden werden nach ihrem Schweregrad eingeteilt. Hierzu finden sich in der Literatur leicht differierende Klassifikationen. Nachfolgend, um ungefähre Richtwerte zu erhalten, zwei Einteilungen:

	WIRTH (⁴ 1994, 264f)	GREEN (1999, zit. nach Batliner 2001, 30)
Normales Hörvermögen	0-25 dB	0-19 dB
Geringgradige Schwerhörigkeit	26-40 dB	20-40 dB
Mittelgradige Schwerhörigkeit	41-70 dB	41-70 dB
Hochgradige Schwerhörigkeit	71-90 dB	71-95 dB
Gehörlos	ab 91 dB	95 dB +

Eine solche Einteilung ist aus pädagogischer Perspektive nur von geringem Wert, da die Auswirkungen und Folgen auch bei gleichem Hörverlust und gleicher Hörschädigung individuell sehr verschieden sein können. Prognosen über die weitere Entwicklung der betroffenen Kinder direkt nach der Diagnose der Hörschädigung sind deshalb oft nicht sinnvoll (Leonhardt 1999, 136).

Alle Hörschädigungen wirken sich jedoch auf die Lautsprachentwicklung aus. Das Ausmaß der Auswirkungen ist abhängig vom Zeitpunkt der Schädigung – prälingual (vor 18 Monaten) oder postlingual – und vom Einsatz technischer Hilfen und pädagogischen Maßnahmen. Je früher diese erfolgen, desto besser sind die Aussichten auf eine erfolgreiche Lautsprachentwicklung (Coninx ²2003, 128). Beim Einsatz von pädagogischen, medizinischen und technischen Hilfen ist jedoch der Zeitpunkt des Auftretens der Hörstörung zu beachten. Kinder die prälingual eine Hörschädigung haben, brauchen andere Maßnahmen, als Kinder die postlin-

gual davon betroffen sind, „...da zu dieser Zeit wesentliche sprachliche Strategien und kommunikative Kompetenzen bereits angelegt sind“ (Renzelberg 2001, 128).

1.1 Gehörlosigkeit

Gehörlosigkeit wurde früher als Taubheit bezeichnet. Eine angeborene Gehörlosigkeit ist recht selten. Eine in Folge einer Krankheit erworbene Gehörlosigkeit ist wahrscheinlicher (Wirth ⁴1994, 265). Im Allgemeinen werden *die* Menschen als gehörlos bezeichnet, die trotz bestmöglicher Versorgung mit Hörgeräten, die Lautsprache nicht auf natürliche Weise erlernen. WISOTZKI (2001, 106) weist darauf hin, dass die Abgrenzung zwischen gehörlos und schwerhörig schwierig und unscharf ist. Bei Kindern sollte nur von Gehörlosigkeit gesprochen werden, wenn eine besonders schlechte Hörschwellenkurve vorliegt und „mehrfache (!) von Erfahrung getragene und sorgfältige Hörgeräte-Anpassungen ... fehlschlagen“ (Wirth ⁴1994, 266).

Bei sehr kleinen Kindern ist der Unterschied zwischen völliger Gehörlosigkeit und einer geringen Resthörigkeit trotz moderner Technik nicht feststellbar. Nicht einmal durch eine BERA-Messung⁴⁷ bei der keine Reaktionen nachweisbar sind, lässt sich sicher sagen, dass das Kind nichts hört. Obwohl Hörgeräte nur funktionieren, wenn Hörreste vorliegen, werden bei Säuglingen und Kleinkindern Hörgeräte angepasst. Erst durch die Beobachtung der weiteren (Sprach-)Entwicklung kann festgestellt werden, ob überhaupt Hörreste vorhanden bzw. ob sie für den Spracherwerb ausreichend sind. Ist dies nicht der Fall, können die Kinder mit Cochlea Implantaten versorgt werden. Ohne technische Hilfsmittel (Hörgerät, Cochlea Implantate) und Sprachförderung, können sowohl gehörlose als auch hochgradig schwerhörige Kinder keine Sprache entwickeln (Batliner 2001, 25ff).

1.2 Schwerhörigkeit

Als schwerhörig werden Personen bezeichnet, die in der Wahrnehmung von akustischen Reizen und normallauter Umgangssprache erheblich beeinträchtigt sind. Statt von Schwerhörigkeit, sollte man besser von *Fehl- und* Schwerhörigkeit sprechen, da oft nicht nur eine quantitativ schlechtere Wahrnehmung, sondern auch ein verzerrtes, veräusertes oder fehlerhaftes Hören vorliegt. „Schwer- und Fehlhörigkeit können demnach allgemein beschrieben werden als Erscheinungsbild auditiver Minder- und Fehlleistungen des Hörorgans, die den Betroffenen dennoch in die Lage versetzen, lautsprachliche Strukturen zu deuten“ (Renzelberg 2001, 128).

⁴⁷ Das ist eine objektive Hörprüfung bei der der Patient durch Medikamente ruhig gestellt oder in Narkose versetzt wird. Über Elektroden werden Hirnströme gemessen, während über Kopfhörer Töne vorgespielt werden (Batliner 2001, 154f).

1.3 Ertaubung

Von Ertaubung spricht man, wenn der Hörverlust nach dem Abschluss des Spracherwerbs eintritt (Wisotzki 2001, 106). In der Literatur (Lenarz 1998, Thiel 2000) wird der Begriff ‚Ertaubung‘ jedoch auch bei prälingual oder perilingual ertaubten Kindern verwendet. Also bei Kindern, die schon vor dem Spracherwerb gehörlos sind (prälingual) oder während des Spracherwerbs gehörlos werden (perilingual). Hörschädigungen, die vor dem 18. Lebensmonat auftreten werden als prälingual bezeichnet (Coninx ²2003, 128). Der Zeitpunkt einer perilingualen Hörschädigung ist nicht derart eindeutig festlegbar

2. Giulianas Hörschädigung

Bevor ich auf Giulianas Hörschädigung, die Schallempfindungsschwerhörigkeit eingehe, möchte ich den Hörvorgang bei Menschen ohne Hörschädigung erläutern. Die Beschreibung des Hörvorgangs ist zudem Grundlage für die nachfolgenden Kapitel, in denen das Cochlea Implantat vorgestellt wird (Kap. III 3 und III 4).

2.1 Natürlicher Hörvorgang

Das menschliche Hörsystem besteht aus verschiedenen Teilen (Abb. 2). Neben der sichtbaren Ohrmuschel sind für das eigentliche Hören weitere Elemente (Trommelfell, Paukenhöhle, Hörschnecke, etc.) von zentraler Bedeutung.

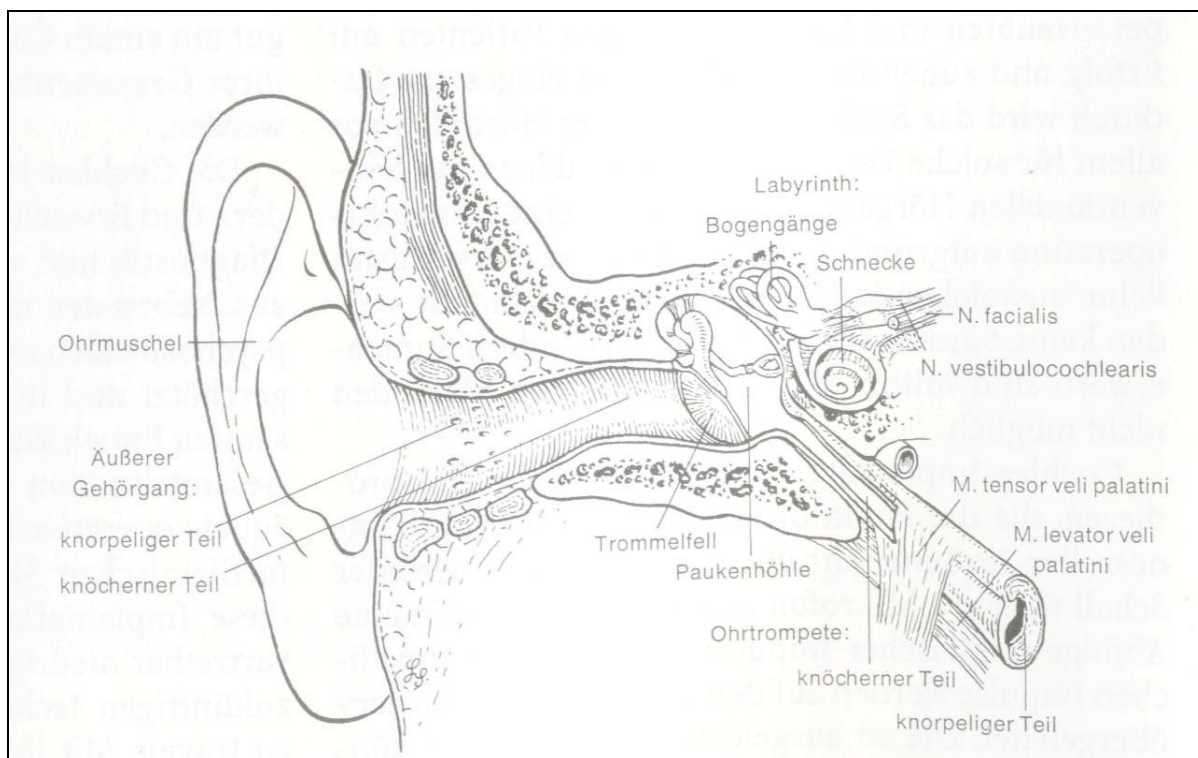


Abb. 2: Übersicht über das Hörsystem (aus Boenninghaus ¹⁰1996)

Um den Hörvorgang (ohne technische Hilfsmittel) kurz darzustellen, ist die folgende, schematische Darstellung jedoch geeigneter. Sie dient zudem der Verdeutlichung der im folgenden Abschnitt verwendeten Begriffe.

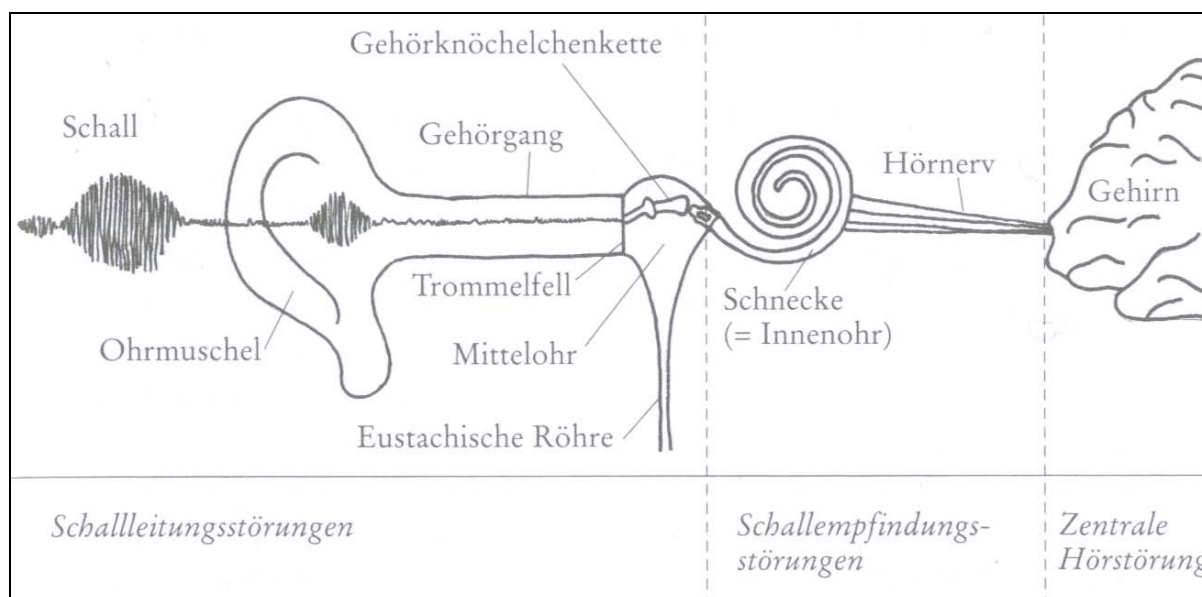


Abb. 3: Der Weg des Schalls von der Ohrmuschel bis zum Gehirn (schematische Darstellung) (Batliner 2001)

Wie in der Darstellung zu erkennen ist, kann man – aufgrund der Physiologie und Anatomie des Ohres – drei wichtige Bereiche unterscheiden: der Schallleitungsteil, der Schallempfindungsteil und der Schallverarbeitungsteil (Coninx ²2003, 126). Jeder Schall (Musik, Geräusche, Sprache,...) verursacht Bewegungen in der Luft, welche von der Ohrmuschel und dem äußeren Gehörgang aufgenommen werden. Diese Bewegungen versetzen das Trommelfell, das am Ende des Gehörgangs liegt, in Schwingungen. In der Mittelohrhöhle, die hinter dem Trommelfell liegt und über die Eustachische Röhre mit dem Nasen-Rachen-Raum verbunden ist, herrscht normalerweise genau der gleiche Luftdruck, wie außerhalb des Mittelohres. Durch Schlucken öffnet sich die Eustachische Röhre kurz, um den Luftdruckausgleich zu schaffen. Der gleiche Luftdruck ist wichtig, damit das Trommelfell frei schwingen kann.

Über die Gehörknöchelchen (Hammer, Amboss, Steigbügel), die auf der einen Seite mit dem Trommelfell und auf der anderen Seite mit dem Innenohr verbunden sind, werden die Schallwellen bis zum Innenohr weitergeleitet. Dieses erinnert an eine Schnecke und wird daher als ‚Cochlea‘ (lat.: Schnecke) bezeichnet. Das Innenohr ist mit Flüssigkeit gefüllt und hat am Boden Haarzellen, die durch Wellenbewegungen des Schalls bewegt werden. Durch das Umbiegen einzelner Haarzellen entstehen Nervenimpulse, die über die Hörnerven zum Gehirn gelangen. Werden die Haarzellen zu Beginn der Schnecke mehr angeregt, entstehen hohe Töne, bei den Haarzellen in der Schneckenspitze tiefere. Die Tonhöhe (Frequenz) wird in Hertz gemessen; das menschliche Ohr kann Töne etwa von 20-20000 Hz wahrnehmen.

Den verschiedenen Lauten unserer Sprache kann man bestimmte Frequenzbereiche zuordnen. Da genaue Untersuchungen jedoch nur für englische und amerikanische Laute vorliegen, lassen sich die Lautgruppen der deutschen Sprache nur ungefähr zuordnen (Thiel 2000, 76). Beispielsweise liegen Frikative wie [s], [f] und [ʃ] im höheren Frequenzbereich, ab etwa 2000 Hz (Batliner 2001, 19).

2.2 Schallempfindungsschwerhörigkeit

Der obigen Darstellung (Abb. 3) lässt sich gut entnehmen, welche Bereiche bei den unterschiedlichen Hörschädigungen (Schallleitungs-, Schallempfindungs- und zentrale Hörstörungen) betroffen sind. Von Schallempfindungsstörungen spricht man, wenn eine Schädigung im Innenohr oder an den Hörnerven vorliegt (Batliner 2001, 19). Diese Schädigung führt zu vielschichtigeren Hörbeeinträchtigungen als Störungen im Schallleitungssystem. Schallleitungsstörungen wirken sich hauptsächlich auf die Wahrnehmung der Lautstärke aus. Sie können entweder medizinisch behandelt (z. B. Paukenröhrchen) oder mit Hilfe von Hörgeräten ausgeglichen bzw. verbessert werden. Dagegen wird bei Schädigungen im Schallempfindungsbereich der Schall nicht nur leiser, sondern auch von der Qualität her schlechter (Coninx 2003, 127). Der Schalleindruck wirkt verzerrt, da meist vor allem die hochfrequenten Sprachanteile nicht wahrgenommen werden können (Leonhardt 1999, 135).

2.3 Mögliche Ursachen

Meist ist die Ursache einer Schallempfindungsschwerhörigkeit nicht bekannt. Die Ursachen sind sehr unterschiedlich und zahlreich (Lenarz 1998, 12). Laut der Leitlinie ‚Periphere Hörstörungen im Kindesalter‘, die von der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) entwickelt wurde, lässt sich das Entstehen frühkindlicher Schallempfindungsschwerhörigkeit auf folgende Ursachen zurückführen:

Ursache	Vorkommen
Genetisch bedingt	21,5 – 54,0 % (je nach Studie)
Pränatal erworben	2,0 – 9,3 % (je nach Studie)
Perinatal erworben	6,7 – 18,8 % (je nach Studie)
Postnatal erworben	1,8 – 14,0 % (je nach Studie)
Unbekannte Ursachen	30,0 – 49,1 % (je nach Studie)

(www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/049-010k.htm, s. Anhang M2)

Wenn eine Hörschädigung nicht kongenital ist, kann sie unter anderem durch Medikamente, Hörstürze, Krankheiten (z.B.: Meningitis) oder Frühgeburt auftreten. Eine angeborene Hörschädigung kann auch im Zusammenhang mit bestimmten Syndromen (z.B.: Usher-Syndrom, Goldenhar-Syndrom, cri-du-chat-Syndrom, etc.) auftreten (vgl. Thiel 2000, 20). Bei

Giuliana ist die Ursache der Hörschädigung unbekannt. Zwar ließe sich mit einem DNA-Test feststellen, ob sie die Schallempfindungsstörung, welche durch ein rezessives Gen übertragen werden kann, geerbt hat, doch das wäre wohl weder für sie, noch für ihre Eltern von Bedeutung. Ausgeschlossen werden kann bei ihr eine Schädigung durch Medikamente wie beispielsweise eine Hochdosis Chemotherapie oder ototoxische Antibiotika.

3. Cochlea Implantat

Das Cochlea Implantat (CI) ist eine Innenohrprothese, die bei Menschen mit hochgradiger Schwerhörigkeit oder Gehörlosigkeit eingesetzt wird. Diese elektronische Hörhilfe erhalten Menschen bei denen Hörgeräte wenig oder keinen Nutzen mehr bringen. Das Cochlea Implantat ist die erste Sinnesprothese, die mittlerweile routinemäßig eingesetzt wird. In Deutschland wurde das Cochlea Implantat bei Kindern zum ersten Mal im Jahr 1987 an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) verwendet (Szagun 2001, 65). Bei Erwachsenen wurde es schon drei Jahre früher implantiert (Hartrampf 1998, 95). Beim Schlafen, Duschen und Schwimmen muss das Cochlea Implantat ausgezogen werden (Schindler 2006, 52). Mittlerweile gibt es jedoch sogar ein Cochlea Implantat, dessen Sprachprozessor spritzwassergeschützt ist, so dass dieser übermäßiger Feuchtigkeit standhalten kann (www.cochlear.de/Products/448.asp, s. Anhang Q1).

3.1 Medizinische und technische Grundlagen

3.1.1 Aufbau und Arbeitsweise von Cochlea Implantaten

Grundsätzlich arbeiten die Cochlea Implantate der verschiedenen Hersteller ähnlich (Battmer 1998, 70). Deshalb soll hier nicht auf deren Unterschiede eingegangen werden, sondern die prinzipielle Arbeitsweise dargestellt werden.

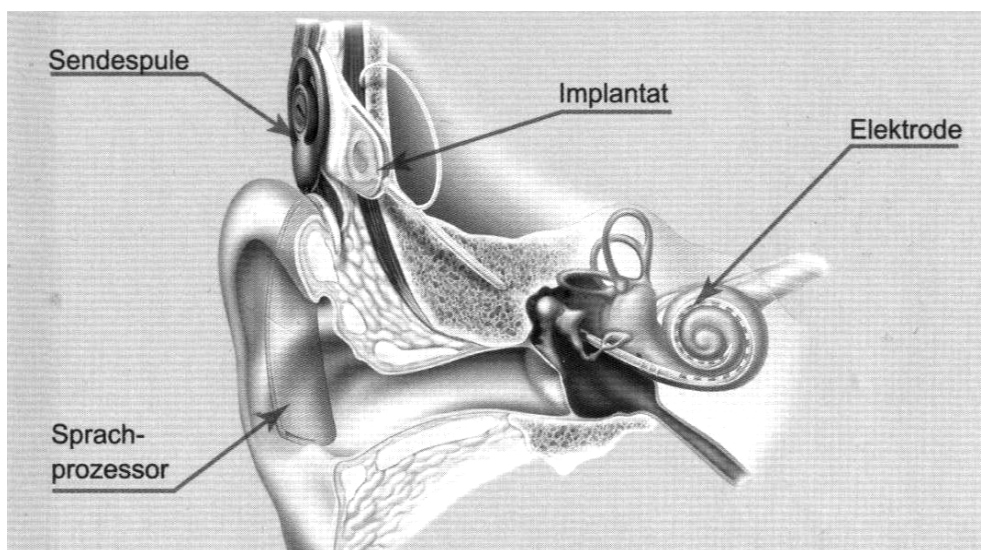


Abb. 4: Eingesetztes Cochlea Implantat (aus der Informationsbroschüre des Cochlear Implant Centrums Schleswig-Kiel)

Ein Cochlea Implantat besteht aus zwei Komponenten: Dem Implantat, das hinter dem Ohr unter die Haut implantiert wird, und dem Sprachprozessor mit der Sendespule, der wie ein Hörgerät hinter dem Ohr (HdO) getragen wird (Abb. 5). Bei älteren Generationen des Cochlea-Implantat-Systems war der Sprachprozessor erheblich größer und musste als Taschen-sprachprozessor am Körper getragen werden (Abb. 6).



Abb. 5: HdO-Sprachprozessor und Sendespule (ebda)



Abb. 6: Konventionelles Cochlea Implantat (Lenarz 1998, 48)

Der Schall wird von einem Mikrofon aufgenommen und im Sprachprozessor in elektrische Impulse umgewandelt. Über ein Kabel gelangen diese zur Sendespule, welche magnetisch direkt an der Position des – unter der Haut sitzenden – Implantats gehalten wird. Die elektrischen Signale werden nun von der Spule durch die Haut an das Implantat gesendet. Dieses entschlüsselt die Signale und leitet sie an die in der Cochlea sitzenden Elektrodenbündel weiter. Die Elektroden bewirken eine direkte Stimulierung des Hörnervs, der daraufhin so genannte Aktionspotentiale aufbaut und diese an das Gehirn weiterleitet (Lenarz 1998, 14). Die Aktionspotentiale werden vom Gehirn als akustisches Ereignis (Geräusch, Sprache, Klang) erkannt, wodurch der Mensch mit Cochlea Implantat einen Höreindruck erhält (Battmer 1998, 71). Kurz gesagt wandeln Cochlea Implantate Schall in elektrische Impulse um, durch die der Hörnerv in der Cochlea stimuliert wird. Sprache und Geräusche können dadurch wieder wahrgenommen werden. Der Höreindruck ist jedoch grundsätzlich anders, als der Höreindruck beim Hören ohne Hörschädigung oder beim Hören mit Hörgeräten. Jeder Mensch, der ein Cochlea Implantat erhalten hat, muss das Hören somit neu erlernen und die Höreindrücke interpretieren lernen.

3.1.2 Voraussetzungen für eine Cochlea-Implantation bei Kindern

Für eine Versorgung mit einem Cochlea Implantat müssen verschiedene Voraussetzungen gegeben sein. Anders als bei der Versorgung mit Hörgeräten werden bei der Cochlea-Implantation die letzten Hörreste des betroffenen Ohres meist irreversibel zerstört.⁴⁸ Deshalb ist eine Implantation nur sinnvoll, wenn von einer Verbesserung der Hör-Sprach-Entwicklung

⁴⁸ Mittlerweile gibt es auch Cochlea Implantat und Hörgerät in einem Gerät. Dies wird verwendet bei Menschen, bei denen ein leichter bis mittlerer Tieftonhörverlust und ein starker bis völliger Hochtonhörverlust vorliegt. Bei diesen Patienten wird nur der Eingang der Hörschnecke mit einer Elektrode versorgt, die restlichen Haarzellen werden dabei nicht beeinträchtigt. Mit ihnen ist weiterhin ein – durch ein Hörgerät verstärktes – Hören möglich.

ausgegangen werden kann. Bei Kindern mit Hörschädigungen sollte der CI-Implantation deshalb immer eine Hörgeräte-Anpassung vorausgegangen sein (Thiel 2000, 29)⁴⁹. Gelingt trotz Hörgeräten keine ausreichende Lautsprachentwicklung, wird das Cochlea Implantat empfohlen (ebda, 27).

Möglich ist eine Versorgung mit Cochlea Implantaten – physiologisch gesehen – wenn beiderseits eine Innenohrtaubheit vorliegt. Der Hörnerv und das zentrale Hörsystem müssen jedoch funktionsfähig sein (Lenarz 1998, 15). Ob der Hörnerv intakt ist, wird meist durch Elektrostimulation oder durch Hirnstammaudiometrie (BERA) überprüft. Desweiteren muss eine – zumindest in Teilen – angelegte Cochlea vorhanden sein, was durch Computertomographie untersucht wird. Eine weitere Voraussetzung besteht darin, dass das Kind operationsfähig ist (Thiel 2000, 29f). Bevor entschieden wird, ob es wirklich sinnvoll ist, ein CI zu implantieren, müssen Beratungs- und Aufklärungsgespräche mit den Eltern geführt und die Motivation und Kooperationsbereitschaft geklärt werden. Das Einsetzen eines Cochlea Implantats erfordert regelmäßige Kontrolluntersuchungen, die Teilnahme an der Rehabilitation und eine kontinuierliche Hör-Sprach-Erziehung. Vor der Entscheidung müssen zudem psychologische (z.B. Imitiert das Kind?) und logopädische Untersuchungen (Reicht eine Hörgeräteversorgung für den Spracherwerb nicht aus?) durchgeführt werden (ebda, 33). Um die Eltern auf das, was auf sie zukommt vorzubereiten, ist denkbar, sie mit betroffenen Kindern und ihren Eltern bekannt zu machen. Somit kann ein Austausch über Operation, postoperative Maßnahmen, Chancen und Grenzen stattfinden (ebda, 31).

Neben den bisher genannten Voraussetzungen spielen für das Gelingen einer Implantation das Alter und der Zeitpunkt der Ertaubung eine wichtige Rolle. „Generell kann gesagt werden, dass bei Vorliegen einer prä- oder perilingualen Taubheit mit zunehmendem Lebensalter die Bedingungen für eine erfolgreiche Cochlea-Implantat-Versorgung ungünstiger werden“ (Lenarz 1998, 17). Ab dem 8. Lebensmonat kann implantiert werden, in Ausnahmefällen (z. B. bei postmeningitischer Ertaubung) auch schon früher (www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/049-010k.htm; s. Anhang M8). Studien von BAUMGARTNER ET AL. (2002), HASANZADEH ET AL. (2002) und LESINSKI-SCHIEDAT ET AL. (1999) zeigen, dass eine Versorgung mit Cochlea-Implantaten vor dem 2. bzw. 3. Lebensjahr eine bessere Hör- und Sprachentwicklung (sowohl aktiv, als auch passiv) ermöglicht, als eine Implantation nach dem 3. Lebensjahr (nach Lesinski-Schiedat/ Bertram/ Lenarz 2006, 290). Eine Studie von LESINSKI-SCHIEDAT, BERTRAM und LENARZ (2006) zeigt sogar, dass zweieinhalbjährige Kinder, bei denen vor dem 1. Lebensjahr implantiert wurde, deutliche bessere Ergebnisse im Sprachverstehen zeigen als Kinder, die zwischen dem 1. und 2. Lebensjahr implantiert wur-

⁴⁹ Ausnahmen bilden die Kinder, die durch eine bakterielle Meningitis gehörlos werden. Sie sollten so schnell wie möglich implantiert werden, da die Gefahr besteht, dass die Cochlea verknöchert (Thiel 2000, 29).

den. Wenn die Implantation erst mit sechs Jahren und später erfolgt, müssen eine gute, vorherige Hörgeräte-Anpassung und lautsprachliche Kompetenzen vorhanden sein, damit sie erfolgreich verlaufen kann (ebda, 295). Wenn die Implantation eines CI's erst nach dem 7.-10. Lebensjahr stattfindet – die kritische Phase des Spracherwerbs gilt in dem Zeitraum als abgeschlossen – stehen die Chancen die Lautsprache noch zu erwerben bei prä- und perilingual ertaubten Kindern eher schlecht. Das Hören wird durch das Cochlea Implantat zwar ermöglicht, doch nicht bei jedem Kind gelingt die Interpretation des Gehörten (Lenarz 1998, 16). Grundsätzlich lässt sich jedoch nicht sagen, mit welchem Alter eine Cochlea-Implantation nicht mehr sinnvoll ist, da der Erwerb der Lautsprache von vielen Faktoren – nicht nur vom Alter des Patienten – abhängt.

Die Ursache der Hörschädigung spielt eher eine untergeordnete Rolle. Dennoch wurde festgestellt, dass bei manchen Einzelursachen bestimmte Implantate besser Ergebnisse erzielen (Lenarz 1998, 19).⁵⁰

3.2 Die Cochlea-Implantat-Operation

Bevor die Operation vorgenommen wird, muss erst noch bestimmt werden, auf welcher Seite das Implantat eingesetzt werden soll. Dabei wird sich im Allgemeinen für die Seite entschieden, auf der weniger Hörreste vorhanden sind. Somit kann das andere Ohr weiterhin mit dem Hörgerät versorgt werden.

Die Operation erfolgt in der Regel stationär, wobei der Aufenthalt zwischen sieben und zehn Tagen beträgt. Die Kinder kommen einen Tag vor der Operation in die Klinik und werden HNO-ärztlich sowie anästhesiologisch vorbereitet. Für die Operation sollte das Ohr infektfrei sein, doch gerade bei kleinen Kindern kommt es häufig zu Mittelohrentzündungen. In diesem Fall sollte der Eingriff um ein paar Wochen verschoben werden (Lenarz 1998, 32). Bei der Operation kann es durch Erreger zu einer Hirnhautentzündung kommen. Dies kann jedoch durch eine Impfung verhindert werden.

Das Implantat des CI's muss in den Schädelknochen implantiert werden. Dazu wird in den Knochen ein Loch eingefräst, das wie eine Art Bett für den Empfänger ist. Zu bedenken ist, dass das Cochlea Implantat für den Organismus ein Fremdkörper darstellt. Damit es nicht zu Abstoßreaktionen kommt, besteht das Implantat aus biokompatiblen Werkstoffen. Das sind reaktionsarme Metalle (z.B.: Platin) und verschiedenen Keramikarten, die durch Körperkontakt (Flüssigkeiten, Gewebe) nicht angegriffen werden. Zur Vermeidung einer Abstoßreaktion soll-

⁵⁰ Auf diese soll hier nicht weiter eingegangen werden. Ausführliche Beschreibungen zu den Ursachen: postmeningitische Ertaubung mit Obliteration, Innenohrmisbildung, traumatische Ertaubung und Otosklerose zeigt LENARZ (1998, S. 19ff) auf.

te das Implantat zudem sicher im Knochenbett fixiert werden und die Elektrode nahe der Cochlea befestigt sein. Gerade die stabile Fixierung des Implantats im Knochen ist sehr wichtig, da es sonst zur Migration kommen kann und das Implantat eventuell durch die Haut tritt (Lenarz 1998, 33f).

Laut einer Informationsbroschüre der Deutschen Cochlear Implant Gesellschaft e.V. (DCIG) bestehen keine anderen Risiken als bei jeder anderen Ohrenoperation unter Vollnarkose (Informationsbroschüre DCIG, s. Anhang N1). Dennoch können natürlich nach der Operation Komplikationen eintreten. Frühkomplikationen sind beispielsweise Störungen der Geschmacksfunktion und Wundinfektionen. Eine Entfernung des Implantats aufgrund einer Wundinfektion muss jedoch in der Medizinischen Hochschule Hannover nur bei etwa 0,3 % der operierten Patienten erfolgen (Lenarz 1998, 43). Auch nach der Wundheilung können noch Komplikationen auftreten, z.B. Gesichtsnervenreizungen und Innenohrinfektionen. Diese können durch Medikamente oder in schlimmen Fällen durch Entfernung des Implantats behoben werden (ebda, 44). Dennoch kann „grundsätzlich ... gesagt werden, dass die Cochlea-Implantation ein sehr risikoarmes Therapieverfahren ist. Im Vergleich zu anderen operativen Methoden ist eine hohe Erfolgsgarantie gegeben bei gleichzeitiger minimaler Komplikations- und Ausfallrate“ (ebda, 42).

Mittlerweile wird in vielen Kliniken bzw. Cochlear-Implant-Zentren bilateral⁵¹ operiert (z.B.: Hannover, Würzburg,...). In anderen wird eine zweiseitige Cochlea-Implantat-Versorgung abgelehnt. Da – wie schon beschrieben – bei einer Cochlea-Implantation die Hörreste meist irreversibel zerstört werden, argumentieren die Ärzte, die gegen eine bilaterale Versorgung sind, dass kein Ohr mehr genutzt werden kann, falls eine neue Technologie entwickelt werden sollte. Die DCIG strebt jedoch an, eine beidseitige Regelversorgung mit CI's zu etablieren, da sich bei einer beidseitigen Versorgung viel bessere Ergebnisse (vor allem im Richtungshören) zeigen (Informationsbroschüre DCIG, s. Anhang N4).

Die Kosten für eine Cochlea-Implantation betragen einschließlich der Rehabilitationsmaßnahmen etwa 40.000 €. Im Normalfall werden diese von den Krankenkassen übernommen, schließlich wäre die Alternative – eine lebenslange Förderung – weitaus teurer. Folgekosten, die zum Beispiel durch Batterien entstehen, werden von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen (ebda, s. Anhang N1).

⁵¹ Auch bei der bilateralen Versorgung wird zunächst nur eine Seite operiert. Erst zu einem späteren Zeitpunkt wird auf der zweiten Seite ein Implantat eingesetzt. Meist befürworten auch die Eltern erst zu einem späteren Zeitpunkt die Versorgung mit einem zweiten Cochlea Implantat.

3.3 Postoperative Maßnahmen

Nach der Wundheilung – etwa vier bis sechs Wochen nach der Operation – kann die postoperative Nachsorge beginnen. Sie stellt einen Schlüsselfaktor für ein gelingendes Hören mit dem Cochlea Implantat dar (Informationsbroschüre DCIG, s. Anhang N1).

3.3.1 Anpassung

Zunächst erfolgt vier bis sechs Wochen nach der Operation die Erstanpassung („tune up“) des Sprachprozessors (Bertram 1998, 112). Dazu ist ein drei bis fünftägiger stationärer Aufenthalt notwendig. Mit Hilfe eines speziellen Computerprogramms wird der Sprachprozessor programmiert. Dabei wird jede einzelne Elektrode so eingestellt, dass sie der Hörfähigkeit des implantierten Kindes angemessen ist. Die Anpassung erfolgt somit bei jedem CI-Träger individuell. Dem Kind und Erwachsenen mit Cochlea Implantat soll durch die Anpassung das Hören des gesamten Repertoires an Geräuschen, Klängen und Sprache ermöglicht werden. Diese individuelle Anpassung ist sehr wichtig. Mit ihr soll erreicht werden, dass das Kind bzw. der Erwachsene den Sprachprozessor gerne trägt (Informationsbroschüre DCIG, s. Anhang N2). Dabei sollten zur Messung der Wahrnehmungsschwellen und der angenehmen Lautstärken bei Kindern subjektive sowie kindgerechte Verfahren verwendet werden (www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/049-010k.htm; s. Anhang M10). Wie viel der Einzelne letztendlich durch ein Cochlea Implantat hören kann, bzw. wie gut er nun Geräusche, Töne und Musik wahrnimmt und wie gut die Lautsprache erlernt werden kann, hängt dabei von vielen unterschiedlichen Faktoren ab. Die Grenzen des Cochlea Implantats sind individuell sehr verschieden (Informationsbroschüre DCIG, s. Anhang N3).

Erst nach dieser Erstanpassung ist ein Hören mit dem Cochlea Implantat überhaupt möglich. Wie viele Anpassungen danach noch notwendig sind, ist individuell verschieden. Durch spätere Anpassungen werden immer feinere Hörunterschiede wahrnehmbar. Zwar stellt ein Cochlea Implantat momentan die beste technische Hörhilfe dar, dennoch hören Kinder mit CI etwa soviel wie Kinder mit leicht- bis mittelgradiger Hörschädigung (Szagun 2001, 65). Wenn ein Cochlea Implantat fertig angepasst ist, ermöglicht es ein Hörvermögen bis zu 30 dB. Somit ist das Wahrnehmen von normallauter Sprache gegeben, diese liegt bei ca. 50-65 dB.

3.3.2 Rehabilitation

Die Rehabilitationsmaßnahmen werden bis zu vier Jahre nach der Operation durchgeführt. Dabei kann – in dem Rehabilitationszentrum, in dem Giuliana war – zwischen zwei Formen der Rehabilitation gewählt werden. Die teilstationäre Rehabilitation findet an einem Tag in der Woche von 8.30 – 16.00 Uhr statt. Dagegen werden bei einer stationären Rehabilitation das Kind und die Begleitperson(en) drei bis fünf Tage im Rehabilitationszentrum aufgenommen. Die Aktivitäten dauern ebenfalls von 8.30 – 16.00 Uhr. Die stationäre Rehabilitation

wird jede sechs bis acht Wochen wiederholt. Gemeinsam mit der Familie wird unter Berücksichtigung der Entwicklung des Kindes entschieden, welche Form geeigneter erscheint (Informationsbroschüre, s. Anhang O1). Die Kosten für den Aufenthalt von Kind und Mutter/Vater sowie für die Rehabilitationsmaßnahmen werden für insgesamt zwölf Wochen (innerhalb von drei Jahren) von den Krankenkassen übernommen. Bei Bedarf kann zudem eine Verlängerung der Rehabilitation beantragt werden. Die Überprüfung der Funktionalität (Technik, Anpassung) des Cochlea Implantats ist lebenslang notwendig (Senf 2004, 17).

Im Mittelpunkt der Rehabilitation steht die Hör-Spracherziehung. Diese ist ganz auf die Bedingungen der einzelnen Kinder abgestimmt (Bertram 1998, 112). Kinder mit Cochlea Implantaten müssen erst lernen, die Hörreize wahrzunehmen und zu verarbeiten. Hatte ein Kind zuvor schon gehört (postlinguale Ertaubung oder mit Hilfe von Hörgeräten) muss es die neuen Höreindrücke mit den alten vergleichen und interpretieren. Die neuen Sprachmuster werden mit den schon vorhandenen abgeglichen. Das Hören mit einem Cochlea Implantat unterscheidet sich grundsätzlich vom Hören mit Hörgeräten. Es ist ein völlig neues, anderes Hören, das erst erlernt werden muss (ebda, 113). Dass Kinder anfangs zunächst – auch auf sehr laute Geräusche – keine Reaktion zeigen, stellt für Eltern oft eine Enttäuschung dar. Die Kinder müssen erst lernen, den neuen Wahrnehmungskanal zu nutzen. Wichtig ist dabei, dass auf ein gutes Hörumfeld geachtet wird, damit sie lernen, auf akustische Reize zu reagieren (Batliner 2001, 50). Da das Hören für diese Kinder anstrengender ist als für Kinder, die keine Hörschädigung haben, muss man ihnen auch zugestehen, dass sie mal ‚abschalten‘ und ‚auf Durchzug stellen‘ (ebda, 51).

Die hör-sprachgerichtete Rehabilitation umfasst Einzel- und Gruppenangebote für das Kind, sowie Angebote für die Eltern. Das Kind kann neben der Hör-Sprachtherapie Motopädie, Logopädie und eine musikalisch-rhythmische Erziehung erhalten. Zudem werden eine psychologische, pädagogische und audiologische Verlaufsdiagnostik und – falls notwendig – eine weitere Anpassung des Cochlea Implantats vorgenommen. Die Eltern können bei der Therapie hospitieren, sowie psychologische Beratung und pädagogische Anregungen zur Förderung und Integration zu Hause erhalten. Zudem finden innerhalb der Rehabilitation Elterngesprächskreise statt, auch bieten die Einrichtungen in denen die Kinder im Alltag betreut werden, die Kooperation an (Informationsbroschüre, s. Anhang O1).⁵²

⁵² Diese Informationen sind der Informationsbroschüre des Rehabilitationszentrums, in dem Giuliana mit ihrer Mutter war, entnommen. Ob es wirklich so durchgeführt wurde, ist in Kap. IV 4.4.2 nachzulesen.

4. Die Cochlea-Implantat-Versorgung bei Giuliana

4.1 Operation

Giuliana wurde bei der Operation das Implantat Pulsar CI 100 der Firma MED-EL eingesetzt. Bei diesem Modell lässt sich der Sprachprozessor wie bei einem Hörgerät direkt hinter dem Ohr tragen (s. Abb. 5, Kap. IV 3.1.1), was der Mutter sehr wichtig war. Zudem bietet dieses Modell wohl die beste Klangqualität, die mittels eines Cochlea Implantat erreicht werden kann (www.elektro.de/..., s. Anhang P1). Der dazugehörige Sprachprozessor Opus 1 ist noch relativ ‚groß‘, der des Modells Opus 2 ist kleiner – er sieht etwa aus wie ein Hörgerät – und lässt sich sogar per Fernbedienung bedienen (z.B. das Einstellen der Lautstärke). Auf dieses Modell muss Giuliana jedoch noch warten. Die Mutter wollte gerne dieses CI-Modell für Giuliana, so dass dies mit ein Grund war, Giuliana in diesem CI-Zentrum operieren zu lassen. Ein wichtiges Argument dann tatsächlich genau dieses Zentrum zu wählen, war für die Mutter auch die Routine, die dort durch häufige Implantationen vorhanden ist.

Bei Giuliana wurde für die Versorgung mit dem Cochlea Implantat das rechte Ohr gewählt. Für die Operation war sie mit ihren Eltern zehn Tage lang in einem Cochlear-Implant-Zentrum, wobei nur die Mutter bei ihr übernachten konnte.⁵³ Die ersten zwei Tage nach der Operation ging es Giuliana gut. Doch am dritten Tag zeigte sie Gleichgewichtsprobleme und verdrehte die Augen merkwürdig. Man reagierte darauf in dem man ihr drei Tage lang Infusionen mit Antibiotika und Cortison gab. Unerfreulicherweise bekam sie von den Einstichen jedoch ein Ödem im Oberarm. So musste sie von ihren Eltern jeden Tag in die Chirurgie (dort wurde das Ödem behandelt) getragen werden, da sie aufgrund ihrer Gleichgewichtsprobleme nicht alleine laufen konnte. Zum Glück entwickelte sich das Ödem zurück; es war kein Gewebe zerstört worden.

4.2 Postoperative Maßnahmen

4.2.1 Anpassung

Die Erstanpassung fand etwa 5½ Wochen nach der Operation statt. Dazu waren Mutter und Tochter drei Tage im CI-Zentrum. „Am ersten Tag bekam Giuliana morgens das CI und eine erste Anpassung. An den nächsten zwei Tagen hatte sie jeweils zwei Termine an denen sie noch genauer eingestellt wurde“ (s. Anhang, Gespräch mit der Mutter von Giuliana, S. 3).

4.4.2 Rehabilitation

Eineinhalb Wochen nach der Erstanpassung fand die Rehabilitation in einer gesonderten Rehabilitationseinrichtung statt. Ihr Implantat wurde dort nochmals angepasst. An zwei Ta-

⁵³ Der Vater musste sich ein Hotelzimmer nehmen.

gen wurden von 8.30 – 16.00 Uhr Aktivitäten in der Kleingruppe angeboten. Im Rhythmus von sechs bis acht Wochen finden nun weitere Rehabilitationsmaßnahmen statt. Sehr schade fand die Mutter, dass sie nicht selbst an den Aktivitäten teilnehmen bzw. zuschauen durfte. Zudem fand sie, dass die Kinder überfordert werden würden und das dortige Personal eher unfreundlich war. Die Logopädin erklärte dies damit, dass es in Deutschland in Zukunft nur noch wenige, einzelne Kliniken geben soll, die eine Cochlea-Implantat-Versorgung durchführen dürfen. Um zu diesen ausgewählten Spezial-Zentren zu gehören, stünde das CI-Zentrum, in dem Giuliana operiert wurde, unter einem enormen Druck möglichst gute Ergebnisse zu erzielen. Deshalb würden evtl. die Kinder eher über- als unterfordert.⁵⁴

Im Vergleich zu den Informationen aus der Broschüre (s. Anhang O1), dauerte die Rehabilitationsmaßnahme nicht drei bis fünf Tage, sondern nur zwei Tage. Die Mutter bedauerte, dass sie nicht an den eigentlichen Rehabilitationsmaßnahmen hatte teilnehmen dürfen, was eigentlich – auch in der Informationsbroschüre – angekündigt gewesen war. Stattdessen wurde den Eltern(teilen) nach der etwa dreiviertelstündigen Therapie, erzählt was mit den Kindern gemacht worden war. Dies mussten sie dann in das Rehabilitationstagebuch (s. Anhang S1-S3) eintragen! In der Therapie sollten neben dem Wortschatz (ausgewählte Wörter: Nuss, Stein, Kerze, Muschel, Seil, Tannenzapfen⁵⁵), rhythmischen Übungen (Wörter rhythmisch sprechen) und der Hörwahrnehmung (stehen bleiben, wenn Trommel nicht mehr schlägt) auch die taktile und die räumliche Wahrnehmung sowie das Gleichgewicht und die Mundmotorik gefördert werden. Zudem wurden Hör- und Sprachüberprüfungen vorgenommen mit den Schwerpunkten Höridentifikation (Rassel, Ente, Klanghölzer, Glocke wahrnehmen), Sprachproduktion (Auto, Maus, Banane) und Sprachverstehen (Auto, Maus Schmetterling).⁵⁶

⁵⁴ Das Streben nach guten Erfolgen erklärt dennoch nicht, wieso das Personal unfreundlich ist. Eventuell durch den Druck, dem es gerecht werden muss.

⁵⁵ Weshalb gerade diese Wörter ausgewählt wurden, konnte ich mir nicht erklären. Am ehesten noch ‚Kerze‘ (die Rehabilitation fand zur Adventszeit statt) und ‚Tannenzapfen‘ (ein viersilbiges Wort im Vergleich zu den sonst nur ein- oder zweisilbigen Wörtern).

⁵⁶ s. Rehabilitationsunterlagen von Giuliana, Anhang S1-S3.

V Förderung sprachlicher und kommunikativer Fähigkeiten bei Kindern mit Hörschädigungen und Cochlea Implantaten

1. Sprachförderung im Sinne des Orientierungsplans

Schon im Vorwort des Orientierungsplans wird auf die besondere Berücksichtigung der Sprachentwicklung hingewiesen (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2006, 8). Auf die „zentrale Rolle der Sprachförderung“ (ebda, 18) wird unter Bezug auf § 9 Abs. 2 des Kindergartengesetzes Baden-Württemberg (KGaG) verwiesen. Dort heißt es: „Das Kultusministerium entwickelt [...] Zielsetzungen für die Elementarerziehung. Dabei spielt die ganzheitliche Sprachförderung eine zentrale Rolle“.

Der Sprache ist ein eigenes Bildungs- und Entwicklungsfeld gewidmet. Zuerst wird kurz auf den Sprachlernprozess eingegangen. Diesen möchte ich hier nicht darstellen, hingegen aber schon auf einige, mir nicht sinnvoll erscheinende Passagen bzw. Begriffe eingehen. So wird im Zusammenhang mit den wichtigsten Faktoren für den Spracherwerb genannt: „Vorbilder, die eine Sprache schon beherrschen, sich dem Kind zuwenden und mit dem Kind sprechen, immer wieder Worte vorsprechen, korrigieren...“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2006, 91). Dass das Sprechen mit dem Kind ebenso wichtig ist wie sich ihm mit ganzer Aufmerksamkeit zuzuwenden, ist unbestritten. Den Spracherwerb jedoch durch das Vorsprechen von Wörtern und der Korrektur der vom Kind produzierten Wörter anzuregen bzw. zu unterstützen, erachte ich nicht als sinnvoll und entspricht auch nicht dem heutigen Stand der Sprachwissenschaft. Es vermittelt – vor allem den Eltern – eine falsche Sichtweise des Spracherwerbs und impliziert in dieser Weise mit dem Kind zu ‚üben‘. Dass Kinder Sprache erst mit Musik und Bewegung richtig erwerben (ebda, 92), entspricht nicht der grundsätzlichen Sicht und der Überzeugung aller Sprachwissenschaftler.

Im Orientierungsplan finden sich – aus Sicht der Sprachwissenschaft – jedoch auch sinnvolle Ansätze zur Sprachförderung. Zum Beispiel wird auf die Bedeutung der Interaktion sowie eine sprachanregende Umgebung (Bilderbücher, Erzählungen, Lieder, Reime, etc.) hingewiesen. Ebenfalls wird „Sprachförderung in Kindertageseinrichtungen ... nicht als isoliertes Sprachtraining verstanden, sondern als gezielte Erweiterung der Sprachkompetenz durch in den Alltag integrierte sprachanregende Angebote“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2006, 93). Fragwürdig ist m. E. jedoch die Schlussfolgerung, die daraus gezogen wird: „Daher sind ganzheitliche Sprachförderkonzepte umzusetzen. Mit solchen ganzheitlichen Sprachförderkonzepten wird auch eine altersangemessene Vorbereitung auf das Erlernen der Schrift erzielt“ (ebda, 93f). Zum einen stellt sich die Frage: ‚Was heißt ganzheitlich in diesem Zusammenhang?‘, zum anderen: ‚Welche Sprachförderkonzepte sind damit gemeint?‘. Die Stichwörter ‚Sprachförderkonzept‘ und ‚Vorbereitung auf den Schrift-

spracherwerb' erinnern sicher nicht nur mich an das ‚Würzburger Trainingsprogramm‘ (Küspert/Schneider ³2002). Welche Kritikpunkte es an diesem Training von phonologischer Bewusstheit gibt, zeigt u.a. Hacker (2004).

In der Darstellung darüber wie Kinder lernen, wird aus Sicht der Gehirnforschung erklärt, dass Spuren im Gehirn entwickelt und vertieft werden müssen (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden Württemberg 2006, 27f). „Gerade weil das Gehirn gebrauchtsabhängige Spuren von denjenigen Erfahrungen ausbildet, die immer wieder ähnlich sind, merkt es sich nicht das Einzelne, sondern das Allgemeine“ (ebda, 28). Doch wird diese Wiederholung von ähnlichen Erfahrungen nicht adäquat auf die Sprachentwicklung- und Sprachförderung übertragen. Wie bedeutsam solche immer wiederkehrenden Ereignisse bzw. Situationen für den Spracherwerb sind, ist im nächsten Kapitel zu lesen.

2. Die Bedeutung von Formaten für den Spracherwerb

BRUNER (²1997) prägte im Zusammenhang mit seiner interaktionistischen Spracherwerbstheorie den Begriff ‚Format‘. Er versteht den Spracherwerb als aktiven Konstruktionsprozess des Kindes. Dieser ist jedoch nicht allein vom Kind zu leisten, sondern Kind und Bezugspersonen sind in einem dialogischen Prozess gleichermaßen an diesem Prozess beteiligt (Füssenich 2003, 425). Gemeinsame Austauschprozesse zwischen Kind und Bezugspersonen sowie das gemeinsame Handeln sind bestimmend für die kindliche Sprachentwicklung (Füssenich/Heidtmann 1995, 105). BRUNER (²1997, 14) betont zudem, dass Spracherwerb beginnt, bevor das Kind seine ersten verbalen Äußerungen von sich gibt. Den Ausgangspunkt für die Sprachentwicklung bildet vorsprachliches, kommunikatives Handeln zwischen Kind und Bezugsperson sowie die Unterstellung der Bezugspersonen, dass die Äußerungen des Kindes absichtsvoll seien. Zwischen vorsprachlicher Kommunikation und den späteren sprachlichen Fähigkeiten sieht BRUNER einen lückenlosen Zusammenhang (Füssenich 2003, 425).

Kinder verfügen über eine angeborene Fähigkeit Sprache zu erwerben, was CHOMSKY (²1978) als ‚Language Acquisition Device‘ (LAD) bezeichnete. Dieser kann jedoch nur funktionieren, wenn eine Art Hilffsystem für den Spracherwerb hinzukommt. BRUNER (²1997, 15) nennt dies das ‚Language Acquisition Support System‘ (LASS), das in Interaktion mit dem LAD dem Kind den Erwerb der Sprache ermöglicht. Somit sind die Bezugspersonen bei der Unterstützung des kindlichen Spracherwerbs nicht einfach (nur) Modell, sondern sie haben eine aktive Rolle. Deshalb müssen Eltern oder andere Bezugspersonen ihre Sprache den Kompetenzen des Kindes anpassen. Unbewusst sprechen die Eltern so mit den Kindern, dass diese sie verstehen können. Die Eltern stellen sie sich immer wieder neu auf die zunehmenden Fähigkeiten der Kinder ein. Diese Feinabstimmung ist von großer Bedeutung.

Ebenso ist für die frühe Kommunikation ein gemeinsamer Kontext Voraussetzung (Füssenich 2003, 426). Beides ist möglich in so genannten ‚Formaten‘.

„Ein Format ist ein Mikrokosmos, eine Situation, in der Mutter und Kind die Absicht teilen, etwas mit Worten getan zu bekommen. Was das Kind zu Beginn in diesem Format nicht bewältigen kann, wird von der Mutter erledigt. Hat das Kind es einmal gelernt, dann erwartet die Mutter, dass es von nun an selber handelt. Das Format speichert Annahmen, von denen beide Partner mit der Zeit ausgehen“ (Bruner 1990, 209f).

Formate sind Routinehandlungen, die immer wieder gemeinsam – von Bezugsperson(en) und Kind – erlebt werden. Formate sind bei kleinen Kindern zum Beispiel das Baden, Füttern und Wickeln, später Dinge wie das Guckuck-da-Spiel oder das Anschauen von Bilderbüchern. Auch im Kindergarten finden sich eine Vielzahl von solchen wiederkehrenden Routinehandlungen: Ankommen und Ausziehen, Essen, immer wiederkehrende Spiele, etc. Diese Alltagssituationen sind für den Spracherwerb hilfreich, da sie täglich wiederkehren und somit ständig wiederholt werden.⁵⁷ „In häufigen Wiederholungen derselben Handlungsabfolge lernt es, wie Handlungen sprachlich begleitet und Absichten sprachlich umgesetzt werden können“ (Leist 2003, 678). Zudem sind diese Situationen stark strukturiert und laufen nach dem (fast) immer gleichen Schema ab. Durch die gleich bleibende Struktur kann sich das Kind auf die Sprache konzentrieren. Zunächst wird der Erwachsene großen Anteil an Handlung und Sprache haben, aber nach und nach wird das Kind immer mehr übernehmen. Die Bezugsperson hat dann die Möglichkeit in schon vertrauten Formaten die Merkmale zu betonen, die das Kind wahrnehmen kann (Füssenich ⁵2002, 67). So kann in die gewohnten Routinehandlungen immer wieder Neues eingebaut werden. In vertrauten Formaten wird das Kind in Interaktion mit dem Erwachsenen dazu ermuntert, die zunächst einfachen Gesten und Laut-Äußerungen durch immer komplexer werdende Ausdrücke zu ersetzen (Füssenich/Heidtmann 1995, 106). „Inhalte, die zwischen Mutter und Kind im frühen Entwicklungsstadium durch Körpersprache und Laute kommuniziert werden, werden mit der Zeit immer mehr versprachlicht“ (Leist 2003, 678).

Formate haben häufig den Charakter eines Spieles. Spiele sind für den Spracherwerb bedeutend, da sie zum Teil sprachähnliche Merkmale besitzen (Tiefen- und Oberflächenstruktur, wechselnde Rollen, bestimmte Regeln, aktives Erschließen dieser Regeln, etc.) (vgl. Füssenich/Heidtmann 1995, 106f). Gerade bei den spielerischen Formaten ist charakteristisch, dass „sie aus verabredeten ‚Ereignissen‘ bestehen, die sprachlich geschaffen wurden und sprachlich wieder herbeigeführt werden können“ (Bruner ²1997, 35). Sprachlern- und Spracherverwendungsgelegenheiten kommen dabei gehäuft vor. So muss beispielsweise beim Memoryspiel (s. Kap. V 5.2.2) vereinbart werden, wer anfängt, wer gewonnen und wer verloren hat und ob noch einmal gespielt werden soll. Auf die Konsequenzen, die die interak-

⁵⁷ s. Kap. V 1.: Kinder lernen durch Situationen, die sie ständig wieder (ähnlich) erleben.

tionistische Sichtweise für Diagnostik und Förderung hat, wird in späteren Kapiteln eingegangen.

3. Schwierigkeiten beim Spracherwerb bei Kindern mit Cochlea Implantat

Für den Spracherwerb und die Entwicklung der Lautsprache bedeutet jede Form der Schwerhörigkeit eine immense Beeinträchtigung. Oft bleiben die Hörschädigungen zunächst unerkannt, da sogar bei hochgradig schwerhörigen und gehörlosen Kindern häufig erst die *zweite* Lallphase ausbleibt (Thiel 2000, 36). Kinder mit Hörschädigungen fangen an zu sprechen, doch meist sehr undeutlich. Auch Giuliana konnte vor der Erkennung ihrer Hörschädigung und der damit verbundenen Versorgung mit Hörgeräten ‚Mama‘ und ‚Papa‘ sagen, was erstaunlich ist, da diese beiden Wörter durch Lippenablesen eigentlich nicht zu unterscheiden sind (Gespräch mit der Mutter, s. Anhang B1).

Schwierigkeiten beim Spracherwerb treten jedoch noch auch auf, wenn Kinder mit einem Hörgerät oder einem Cochlea Implantat versorgt wurden. Schließlich werden Kinder mit Hörgeräten oder Cochlea Implantaten nie so hören können wie Kinder ohne Hörschädigung. Auch mit diesen elektronischen Hilfen bleibt Hören etwas sehr anstrengendes und erfordert viel Aufmerksamkeit und Konzentration (Thiel 2002, 70). Zudem darf nicht vergessen werden, dass, auch wenn das Cochlea Implantat fertig angepasst ist, es nur ein Hörvermögen von 30 db ermöglicht (Protokoll ‚Runder Tisch‘, s. Anhang E1).

Generelle Aussagen über den Verlauf des Lautspracherwerbs bei Kindern mit Hörschädigungen zu treffen, ist schwierig. Wie schon dargestellt (Kap. IV 1/ Kap. IV 3.1.2), haben zwar der Zeitpunkt der Ertaubung und das Alter des Kindes bei der Cochlea-Implantation Einfluss auf die spätere Sprachentwicklung, doch auch bei gleichem Hörverlust bzw. Hörschädigung können die Auswirkungen auf diese von Fall zu Fall sehr unterschiedlich sein (Leonhardt 1999, 136). Theoretisch gibt es zwar Zusammenhänge zwischen Schweregrad und Frequenzbereich der Hörschädigung und der Art der Sprachstörung (vgl. Thiel 2000, 69f). Doch eine Prognose über die Hör-Sprachentwicklung allein auf Grundlage des Hörtests zu treffen ist nicht möglich. Ob ein Kind auch geringe Hörreste für den Spracherwerb nutzen kann oder ob es trotz vielversprechender Hörreste nur langsam die Sprache erwirbt, hängt von vielen Faktoren ab (Batliner 2001, 14). Auch SZAGUN stellte bei ihrer Studie fest, dass große Unterschiede bei der Schnelligkeit des Spracherwerbs nach einer Cochlea-Implantation festzustellen sind. Eine Erklärung für diesen Umstand hatte sie nicht. Sie vermutet allerdings, dass neben dem Implantationsalter (das ihrer Meinung nach eine untergeordnete Rolle spielt), die Qualität des prä- und des postoperativen Hören von Bedeutung ist. In ihrer Studie zeigten knapp über die Hälfte der cochlea-implantierten Kinder einen deutlich langsameren Spracherwerb als die restlichen Kinder mit CI, deren Spracherwerb den hörenden Kindern glich

(2001, 137). Zudem wurden in der Studie von SZAGUN (2001) Schwierigkeiten beim Spracherwerb festgestellt, die bei Kindern mit Cochlea Implantaten besonders markant sind.

Kinder mit CI sind nach SZAGUN (2001, 115) in den ersten 18 Monaten des Spracherwerbs beim Wortschatzerwerb zwar langsamer, in einer kommunikativen Situation unterscheiden sie sich jedoch kaum von Kinder ohne Hörschädigung. Im Bereich der Grammatik zeigten Kinder mit Cochlea Implantat vor allem Schwierigkeiten beim Erwerb des Artikelsystems. Artikel werden in der normal gesprochenen Sprache nicht betont und sind deshalb schlecht zu hören. Für Kinder mit Hörschädigungen müssten diese schnell gesprochenen und unbetonten Elemente der Sprache besonders schlecht wahrzunehmen sein (Szagun 2001, 251). Nur etwa 13% der Kinder mit CI, die auch die schnellste Sprachentwicklung zeigten, glichen im Gebrauch von Artikeln den Kindern ohne Hörschädigung (ebda, 169). Dagegen war der Erwerb der Verbmarkierungen und die Pluralbildung vergleichbar mit dem bei normal hörenden Kindern (ebda, 169/ 210). SZAGUN stellte zudem fest, dass bei Kindern mit Cochlea Implantaten das präoperative Hören erheblichen Einfluss auf den Spracherwerb hat (2001, 137). Das erscheint logisch: Kinder, die vor der Cochlea-Implantat-Operation durch Hörgeräte zumindest einen Teil der Sprache aus ihrem Umfeld hören/wahrnehmen konnten, gelingt vermutlich der Spracherwerb schneller als Kindern, die vor der Operation (fast) gar nichts hörten. Als weitere Einflussfaktoren nennt sie ein gutes postoperatives Hören und eine – an die Bedürfnisse des Kindes – angepasste Sprache. Weicht jedoch nur einer der Faktoren ab, gestaltet sich der Spracherwerb schwieriger (ebda, 256). Pragmatische Fähigkeiten von Kindern mit Hörschädigungen bzw. mit Cochlea Implantaten wurden bei der Studie von SZAGUN (2001) nicht berücksichtigt.

Bei Kindern mit Cochlea Implantaten sollte man nicht vergessen, dass trotz implantierter Hörhilfe eine Hörschädigung vorhanden ist. Obwohl sie normallaute Sprache mit angepasstem CI (spätestens am Ende der Anpassung) wahrnehmen können sollten, sind sie (so gut wie) gehörlos, sobald ein technischer Defekt auftaucht oder vergessen wurde die Batterien zu erneuern. Auch das Hören ist anders als ein natürliches Hören. Mit Cochlea Implantaten klingt vieles metallischer und mechanischer. Menschen, die postlingual implantiert wurden, berichten von Autos, die sich sehr hoch anhören oder Stimmen, die mit CI anders klingen. Auch Musik wird individuell sehr verschieden wahrgenommen (vgl. Herzogenrath 1992).⁵⁸ Hat ein Kind nur *ein* Cochlea Implantat (und auf der anderen Seite auch kein Hörgerät) ist ferner ein räumliches Hören nicht möglich.

⁵⁸ Dabei muss beachtet werden, dass die Verbesserung der Klangqualität immer weiter voranschreitet. Giulianas Sprachprozessor (Opus 1 bzw. 2) ist einer der neuesten. Dessen Technologie ermöglicht eine bis zu 30% bessere Tonhöhenunterscheidung als bei herkömmlichen Sprachprozessoren (vgl. Anhang P1), was unter anderem das Hören von Musik erleichtert.

4. Möglichkeiten der Diagnostik

Beim interaktionistischen Spracherwerbsansatz (vgl. Kap. V 2) gilt die Kommunikation zwischen Kind und Bezugsperson als Ausgangspunkt für die Sprachentwicklung. Aus dieser Perspektive muss deshalb auch die Frage geklärt werden inwieweit bei sprachauffälligen Kindern die Kommunikation zwischen ihnen und der Umwelt betroffen ist (vgl. Füssenich 1987, 22). Bei der Diagnostik und Therapie ist eine mehrdimensionale Vorgehensweise erforderlich, neben sprachlichen Auffälligkeiten können sich auch Besonderheiten im nonverbalen Bereich zeigen. Sie müssen jedoch nicht in gleicher Weise auffällig sein (ebda, 29). Die Überprüfung der phonetisch-phonologischen, syntaktisch-morphologischen und semantischen Bereiche reicht für eine Diagnose von Sprachauffälligkeiten nicht aus. Es muss auch der pragmatische Bereich erfasst werden (Füssenich/Heidtmann 1984a, 50f). Eine Erhebung der Sprach- und Kommunikationsfähigkeit kann jedoch nicht nur durch Testaufgaben erfolgen. FÜSSENICH und HEIDTMANN fordern eine qualitativ, entwicklungsorientierte, individuelle und systematische Sprachdiagnostik, die wegführt von der reinen Testgläubigkeit (vgl. Füssenich/Heidtmann 1995, 109). Deshalb sollen freie Sprachproben aufgezeichnet und ausgewertet werden. Zur Erhebung solcher Sprachproben und zur Diagnose der pragmatischen Fähigkeiten eignen sich bei Kindern vor allem Spielsituationen (Füssenich/Heidtmann 1984b, 11). Darauf wird im folgenden Kapitel eingegangen.

4.1 Beobachten beim Spiel

Wie schon gesehen (Kap. V 2), hängen Spiel- und Sprachentwicklung eng zusammen (vgl. auch Bruner ²1997, 36). Bei drei- bis siebenjährigen Kindern wird die Beziehung zwischen Sprache und Spiel immer enger verknüpft. Obwohl beide Bereiche von weiteren Faktoren beeinflusst werden, kann man davon ausgehen, dass „... die So-tun-als-ob-Handlungen im Spiel von Vorschulkindern für den Aufbau von Vorstellungen und damit für die Sprachentwicklung eine wichtige Bedeutung haben“ (Bürki 1998, 13). Deshalb ist es bedeutsam bei der Diagnostik nicht nur auf die sprachliche Ebene zu achten, sondern auch auf die symbolische Spielentwicklung (ebda, 13). Neben der Betrachtung der symbolischen Spielentwicklung gibt es aus pragmatischer Sicht weitere Fragen zu klären (Füssenich 1990, 59):

- Wie gehen Kinder mit den ihnen zur Verfügung stehenden sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten um?
- Sind Kinder in der Lage, im aktuellen Handlungsgeschehen ihre sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten zu erweitern?
- Können Kinder (sprachliche) Handlungen imitieren?
- Äußern sie Korrekturen?⁵⁹

⁵⁹ Kinder korrigieren gerade die Elemente, an denen sie gerade ‚arbeiten‘, wie Untersuchungen von CLAKR & ANDERSEN (1979) zeigten. So äußerte z.B. ein Mädchen, das sich mit der Unterscheidung t/k beschäftigte, die Selbstkorrektur Blumenthohl/Blumenkohl (Füssenich ⁵2002, 82).

Für die Beantwortung dieser Fragen ist zunächst eine gemeinsame Handlungsbasis zwischen Kind und Erwachsenem notwendig. Diese sollte ausgehend von den Interessen des Kindes gewählt werden. Die kommunikativen Prozesse können hierbei auch nonverbal ablaufen (ebda, 59). Gemeinsame Handlungsbasis können freie Spiele sein oder auch Spiele, die durch Bereitstellung bestimmter Spielmaterialien vorgegeben werden wie bspw. das Einkaufsspiel, das Kochspiel, das Bauernhofspiel, etc. (Füssenich/Heidtmann 1984b, 12). Ebenso kann mit dem Kind ein Regelspiel (Memory, Quartett, Lotto usw.) gespielt werden. Werden Spielmaterialien vorgegeben, ermöglicht dies die Wiederholung der Spielsituation. Wird mehrmals hintereinander das gleiche Spielformat gewählt, lassen sich zudem Fragen wie ‚Kann sich das Kind an das, was beim letzten Mal war, erinnern?‘ oder ‚Was entwickelt sich bei ihm weiter?‘ klären. Bei Symbol- oder Rollenspielen kann beobachtet werden, ob das Kind einen Handlungskontext herstellen kann und wie das Kind expandiert. Darüber hinaus lässt sich bei Kindern durch solche Spiele erkennen inwieweit ihre symbolischen Kompetenzen ausgebildet sind. Dagegen müssen sich Kinder bei Regelspielen auf einen festen Handlungsrahmen und Regeln einlassen. Wie Kinder damit umgehen, ist ein weiterer interessanter Aspekt, der sich in einer derart gewählten Diagnostik feststellen lässt.

4.2 Überprüfung des Phoninventars und der phonologischen Prozesse

Es gibt mittlerweile eine fast unüberschaubare Anzahl von Lautprüfverfahren. Die ersten wurden in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts veröffentlicht (vgl. Wildegger-Lack 2006, 69). Bis heute bekannt ist die Lauttreppe von MÖHRING (1938), die zur damaligen Zeit ein fortschrittliches Diagnose-Instrument darstellte. Mittlerweile kann man jedoch auf differenziertere Verfahren zurückgreifen, die ausführlichere Aussagen über die kindliche Aussprache ermöglichen. Nicht ein einzelner Laut, sondern ganze Lautgruppen werden durch die dabei ermittelten phonologischen Prozesse betrachtet (Hacker/Wilgermein 2002b, 154). Oft sind die Verfahren sehr zeitaufwändig, da sie in der Regel über 100 Items (Wörter) abfragen. Dennoch ist heute „unumstritten, dass jeder qualifizierten und fundierten Therapie eine qualifizierte und fundierte Diagnostik mit Hilfe eines dieser Prüfverfahren der ‚Neuen Generation‘ vorangestellt sein muss“ (Wildegger-Lack 2006, 70).

Zur Überprüfung des bloßen Phoninventars könnten auch freie Sprachproben verwendet werden. Doch die Systematik, die ein Verfahren wie z. B. das ‚Analyse-Verfahren zur Ausspracheuntersuchung bei Kindern‘ (AVAK) von HACKER/WILGERMEIN (²2002a) hat, erleichtert die Erhebung und Auswertung – trotz vieler Items – sehr. Zur Erstellung einer Übersicht über das Phoninventar können auch einzelne Wörter des AVAK ausgewählt werden. Zusammen mit den Wörtern, die das Kind in der Spontansprache äußert, ergibt dies eine ausreichende Anzahl. Darüber hinaus kann man dadurch einen Überblick über die phonologischen Prozesse erhalten, deren Analyse – falls für notwendig befunden – durch Hinzunahme weiterer

Items beliebig erweitert und differenziert werden kann. Die Erhebungssituation kann durch die Verwendung des AVAK-Bilderbuches kindgerechter und natürlicher gestaltet werden. Ebenso bieten sich die einzelnen Bilder des AVAK, wenn man sie bspw. in einen Ordner heftet, zur Betrachtung an. Außerdem „... lässt sich das mit der Diagnosesituation ‚Aussprache‘ gewonnene Sprachmaterial auch im Hinblick auf die anderen Sprachebenen und auf Fragestellungen der Pragmatik nutzen“ (Füssenich/Heidtmann 1995, 109).

5. Förderung sprachlicher und kommunikativer Fähigkeiten

Bei Kindern mit Hörschädigungen, die mit einem technischen Hilfsmittel (Hörgerät, CI) versorgt wurden, ist die Grundlage für den Spracherwerb die Entwicklung eines Hörbewusstseins (Thiel 2000, 41). „Die Integration des neu oder wieder zur Verfügung stehenden auditiven Kanals wird parallel zum Sprachverständnis und zur Sprachproduktion gefördert. Beide Aspekte greifen, wie in der natürlichen Alltagsumgebung, stets ineinander. Und nur in dieser Kombination kann eine stabile Verbesserung der Sprachentwicklung erzielt werden“ (ebda, 41). MORAG CLARK, eine der bedeutendsten Vertreterinnen der natürlich-hörgerichteten Förderung, beschreibt dies in ihrem Leitsatz sehr deutlich: „Diese Kinder brauchen nicht mehr vom Besonderen, sondern mehr vom Normalen“ (Clark zit. nach Batliner 2001, 12). Hören- und Sprechenlernen soll in der alltäglichen Kommunikation bzw. durch möglichst natürliche Kommunikationsanlässe gefördert werden. In der Sprachförderung sollen Situationen geschaffen werden, die eine alltägliche sprachliche Interaktion ermöglichen (Hacker ⁵2002, 46). Für Kinder mit Hörgeräten oder Cochlea Implantaten muss keine besondere Therapie gewählt werden. Unter Berücksichtigung der Förderung der auditiven Kompetenzen kann im Grunde eine Sprachförderung, wie sie bei sprachentwicklungsverzögerten Kindern durchgeführt wird, erfolgen.

Bei der Sprachtherapie muss die Umgebung so optimiert werden, dass es dem Kind leichter fällt, Regeln ableiten zu können (Hacker ⁵2002, 45). Die Sprachförderung orientiert sich dabei grundlegend am normalen Spracherwerb. „Analog zu den Bedingungen des normalen Spracherwerbs sollte ... [bei] der Therapie nicht die echoartige Imitation des Vor- und Nachsprechens, sondern das gemeinsame Handeln im kommunikativen Kontext stehen“ (Grohnfeldt ⁴1997, 87f). Die Sprache soll dabei so verwendet werden wie es ihrem sozialen Wesen entspricht: Als „... ein Mittel der gegenseitigen Verständigung, des zwischenmenschlichen Austauschs von Bedürfnissen, Wünschen, Erwartungen, Gedanken“ (Hacker ⁵2002, 45f). Die an das Kind gerichtete Sprache sollte auch bei hörgeschädigten Kindern so natürlich wie möglich bleiben. Überdeutliches Sprechen wirkt sich – wie SZAGUN (2001, 245) in ihrer Untersuchung feststellte – eher negativ auf den Spracherwerb aus. Ebenso erwies sich eine zu wenig inhaltsreiche Sprache wie z. B. soziale Routinen (danke, bitte, etc.) und das wörtliche Wiederholen der kindlichen Aussagen als weniger förderlich (ebda, 256). Positive Auswir-

kungen zeigten die Beibehaltung eines natürlichen Dialogstils, das Sicherstellen der Aufmerksamkeit des Kindes sowie Erweiterungen der kindlichen Äußerungen (ebda, 268).⁶⁰ Fortschritte liegen beim Spracherwerb aus pragmatischer Sicht in der Wirksamkeit von Äußerungen. „Kann das Kind z. B. um etwas bitten, kann es auf etwas hinweisen, kann es Wünsche äußern oder Fragen stellen?“ (Füssenich 1990, 58).

5.1 Sprachförderung als ‚inszenierter Spracherwerb‘

Sprachförderung im oben genannten Sinne lässt sich auch als ‚inszenierter Spracherwerb‘ (Dannenbauer ⁵2002, 138) beschreiben. Geht man beim Spracherwerb von der interaktionistischen Sichtweise aus, so sollte auch die Sprachförderung als Kommunikationsprozess betrachtet werden. Ausgangspunkt für die Erweiterung von sprachlichen Fähigkeiten sind das gemeinsame Handeln und der Dialog. „Die Orientierung an realen Handlungssituationen und am Alltag des Kindes ist die Grundlage für das gemeinsame Handeln zwischen dem Kind und dem/der Therapeut/in“ (Füssenich ⁵2002, 96). Es sollte versucht werden, innerhalb der kindlichen Entwicklung zu wirken, um dem Kind jene Lernmöglichkeiten zu verschaffen, die es braucht, um sein System selbst ausbauen zu können. Somit versteht sich die Sprachförderung als ‚inszenierter Spracherwerb‘, also nicht als Versuch den Spracherwerb einfach zu rekapitulieren, sondern viel mehr als eine planvoll strukturierte Vorgehensweise, die die individuellen Fähigkeiten des Kindes einbezieht (Dannenbauer ⁵2002, 138). Zwischenstufen in der Sprachentwicklung werden akzeptiert; die Kindersprache wird nicht an der Erwachsenensprache gemessen, sondern mit dem normalen Spracherwerb verglichen. Für Kinder mit Sprachentwicklungsverzögerungen sind die alltäglichen sprachlichen Erfahrungsmöglichkeiten wohl nicht ausreichend, um die Lautsprache in erwartetem Tempo und Umfang zu erwerben. Deshalb müssen sprachtherapeutische Angebote so gestaltet werden, dass Kinder – ihren Fähigkeiten entsprechend – die Sprache aufnehmen und erweitern können (Füssenich ⁵2002, 96). „Wenn sprachliches Lernen vorwiegend in gemeinsamen Handlungskontexten geschieht, so ist die Inszenierung von kindgerechten Sprechlernsituationen notwendig, bei denen die Erwachsenen die Kinder nicht nur in passive Rollen drängen, sondern ... unter möglichst natürlichen Bedingungen“ (Füssenich 1990, 59) die eigenen Lernpotenziale des Kindes fördern. Für Kinder im Kindergartenalter stellen Spiele einen altersgerechten Handlungskontext dar, der sowohl verbale, als auch nonverbale Fähigkeiten des Kindes fördert und fordert. Die Bedeutung von Formaten für den Spracherwerb (s. Kap. V 2), die BRUNER betont, lässt sich auch auf die Sprachförderung übertragen. Für das Kind sollen – anstelle von immer gleichen Übungsprogrammen – individuell bedeutsame Handlungszusammenhänge geschaffen werden, die im Sinne von Spielformaten strukturiert sind (Füsse-

⁶⁰ „Erweiterungen kindlicher Äußerungen wiederholen das, was das Kind unvollständig gesagt hat und vervollständigen dabei die Form“ (Szagun 2001, 268), z.B.: Kind: ‚Wauwau fort.‘ Erw.: ‚Ja, der *Wauwau läuft fort. Er läuft zum Tor...*‘ (Dannenbauer ⁵2002, 153).

nich/Heidtmann 1995, 110). Ebenso fordert ZOLLINGER für die Therapie, in erster Linie mit dem Kind zu spielen statt zu üben (⁷2004, 103).

5.2 Die Bedeutung des Spiels bei sprachauffälligen Kindern

Im Vorschulalter ist die Förderung der sprachlichen und geistigen Prozesse hauptsächlich in Spieltätigkeiten zu verwirklichen, da das Spiel eine Auseinandersetzung des Kindes mit seiner Umwelt erlaubt, die diesem Alter angemessen ist (Heinze 1987, 264). Das Spiel ist ein Interaktionsgeschehen sowohl zwischen Kindern untereinander als auch zwischen Kindern und Erwachsenen (Heimlich ²2001, 67). „Das Spiel ist der Beginn der Sozialwerdung von Kindern, in deren Verlauf sie durch die Möglichkeit des So-tun-als-ob lernen, die Perspektiven anderer zu übernehmen, gemeinsame Perspektiven zu entwickeln und eigene Perspektiven davon abgrenzen“ (ebda, 68). Das Spiel hat in der (Sprach-)Therapie mit kleinen Kindern zentrale Bedeutung. Erst wenn ein gemeinsamer Handlungskontext gefunden wurde, entstehen auch Anlässe, über etwas zu kommunizieren (Bürki ²2002, 25).

5.2.1 Symbol- und Rollenspiel

Als *Symbolspiel* lassen sich So-tun-als-ob-Handlungen bei Kindern bezeichnen, die noch keine Absprache zwischen den Spielenden beinhalten. Das Symbolspiel ist geprägt von individuellen Vorstellungen und selbstbezogenem, egozentrischem Spiel. Spielen jedoch zwei oder mehr Kinder in mehr oder weniger abgestimmten Aktivitäten zusammen, spricht man von *Rollenspiel*. Hierbei bildet der Aufbau gemeinsamer Vorstellungen den Rahmen. Für das Spiel von jüngeren Kindern (etwa bis drei Jahren) wird der Begriff Symbolspiel verwendet, sind die Kinder fünf Jahre und älter spricht man meist von Rollenspiel, wobei die Übergänge fließend und individuell verschieden sind (Bürki 1998, 12).⁶¹ Für die sprachliche Entwicklung sind diese Spiele von zentraler Bedeutung. Die Symbolisierungsfähigkeit sowie die Fähigkeit der Dezentrierung prägen im Vorschulalter die Sprach- und Spielentwicklung. So nutzen Kinder ab etwa drei Jahren die Sprache, um Situationen und Ereignisse zu beschreiben. Zudem beginnen sie sich für Vergangenes und unmittelbar Zukünftiges zu interessieren. Sie erzählen anderen Personen von Ereignissen, da sie erfahren, dass andere nicht von allen Ereignissen wissen und ihre Kenntnis begrenzt ist (Zollinger ⁴1999, 37). Die Dezentrierungsfähigkeit ist eine der kognitiven Voraussetzungen, die für die Entwicklung vom Symbol- zum Rollenspiel notwendig sind. Der zu leistende Perspektivenwechsel wird im Spiel benötigt, um zwischen Realität und Fiktion unterscheiden zu können. Das Kind lernt – im Laufe des Dezentrierungsprozesses – seinen eigenen Standpunkt nicht mehr als den einzigen zu sehen. Daneben wird nun die Sprache immer wichtiger, um Vorstellungen im Symbol- und Rollenspiel ausdrücken zu können (Bürki 1998, 14f). Sprache dient mehr und mehr dazu Personen,

⁶¹ Da Giuliana sich noch in der Phase des Symbolspiels befindet (s. Kap VI 3.1.1) wird auf das Rollenspiel nur am Rande eingegangen.

Gegenstände oder die gesamte Handlungssituation umzudeuten. Verbunden ist dies mit der Loslösung der Sprache von den einzelnen Handlungen bzw. der Wörter von den Gegenständen. Somit wird der sympraktische Sprachgebrauch, bei dem Sprache untrennbar mit dem nichtsprachlichen Kontext verbunden ist, überwunden. Kleine Kinder verwenden Sprache ausschließlich sympraktisch und nicht kontextübergreifend (Andresen 2002b, 42f). „Einige Kinder gebrauchen auch mit drei und vier Jahren ihre sprachlichen Äußerungen noch vorwiegend in handlungsbegleitender Funktion...“ (Zollinger ⁴1999, 57). Sie sprechen z.B. beim Bauen eines Turmes: ‚Das tun wir da hin, das kommt dort hin und den Klotz tun wir da hin,...‘ Durch solche Wörter verändert sich die Welt der Dinge nicht, sie bleibt in einem statischen und unlebendigen Zustand. Meist hat dabei das Spiel selbst denselben statischen Charakter: die Handlungen bleiben an die Gegenstände gebunden, sie können sie nicht beleben und verändern (ebda, 57).

Im Zusammenhang mit der Überwindung des sympraktischen Sprachgebrauchs und der Verwendung von Metakommunikation sind Rollenspiele mit Dekontextualisierung – einer weiteren kognitiven Voraussetzung in der Entwicklung vom Symbol- zum Rollenspiel – verbunden. „Dekontextualisierung bedeutet dabei nicht die Befreiung der Handlungen von jeglichem Kontext, sondern die Versetzung in einen anderen Kontext, eben den Kontext ‚Spiel‘“ (Andresen 2002b, 43). Für diese Umdeutung ist Sprache das zentrale Mittel und wird deshalb auch dekontextualisiert. Sprachliche Zeichen sind nicht nur bestimmt vom nichtsprachlichen Kontext, im Gegenteil: durch die Sprache können neue Kontexte erschaffen werden (ebda, 43). Bezogen auf das Symbolspiel wirkt sich der Dekontextualisierungsprozess auf die So-tun-als-ob-Handlungen aus, die zunehmend mit Ersatzgegenständen oder ohne reale Objekte gestaltet werden können (Bürki 1998, 16). Neben der Dezentrierung und Dekontextualisierung stellen Sequentierung und Scriptaufbau einen weiteren Schritt bei der Spielentwicklung dar. Mit Sequentierung wird die Fähigkeit bezeichnet, Handlungen gemäß einem inneren Plan zu Sequenzen zu verbinden. Abhängig ist dies von der innerlichen Repräsentation von alltäglichen Ereignissen und Handlungen in Form von Scripts (ebda, 18).

Um im Rollenspiel Gegenstände umdeuten und dies auch den Spielpartnern mitteilen zu können, bedienen sich Kinder der Metakommunikation. Sie ist zentral für die Erzeugung von Fiktion (vgl. Andresen 2002b, 40f). Die explizite und implizite Metakommunikation wird von Bezugspersonen jedoch schon in frühen Spielformaten eingesetzt. Sie ist schon in frühen Phasen Bestandteil der Kommunikation (Andresen 2002a, 61).

5.2.2 Regelspiel

Auch Regelspiele (Memory, Quartett, Würfelspiele, etc.) können gemeinsame Handlungskontexte, in denen Sprache eine bedeutende Rolle spielt, darstellen. Im Gegensatz zu Frei-

spielen (wie Symbol- oder Rollenspiel) können sie besser geplant und strukturiert werden (Osburg 2001, 27). Kindern wird durch den begrenzten Handlungsrahmen ermöglicht, sich besser auf die Sprache zu konzentrieren (Füssenich 1990, 61). Sie können dadurch, dass sie weniger Aufmerksamkeit auf die Spielhandlung an sich legen müssen, den Fokus auf die Sprache richten. Im Regelspiel müssen viele Dinge sprachlich geklärt werden, bspw. wer anfängt, wer gewonnen hat, etc. Zudem können in Regelspielen sprachliche Strukturen eingeführt werden („Du bist dran“), welche Kinder durch die häufige Wiederholung leichter in ihr Repertoire aufnehmen können. Regelspiele sind vielseitig und eignen sich sowohl für die Förderung semantischer, grammatischer sowie phonologischer Fähigkeiten (vgl. Füssenich 1990, Füssenich/Heidtmann 1995, Osburg 2001).

5.3 Formen der Verdeutlichung der Aussprache

Kinder mit Hörgeräten oder Cochlea Implantaten können (vorerst) nicht alle Laute bzw. Lautgruppen wahrnehmen. So liegen z.B. Frikative in höheren Frequenzbereichen (Batliner 2001, 19) und werden dadurch häufig (vorerst) nicht wahrgenommen. Zur Verdeutlichung einzelner Konsonanten können Handzeichensysteme eingesetzt werden, wie z.B. das phonembestimmte Manualsystem (PMS).⁶² Ebenso kann anstatt dieser Darstellungsform die Schriftsprache im Spracherwerbsprozess ergänzend hinzugezogen werden. Ihr wird dabei eine genuine Stellung gewährt (Renzelberg 2001, 131). WIRTH (1994) erachtet dies nicht als sinnvoll. Er vertritt die Ansicht, dass der Hörkanal direkt nach der Erstanpassung geschult werden muss, damit er sich zum führenden Informationskanal entwickeln kann. „Damit entfallen visuelle Zeichensysteme wie Gebärde, PMS etc.“ (1994, 305). Dabei schließen sich die Lautsprache und die Verwendung eines so gearteten Zeichensystems nicht aus. Im Gegenteil: In anderen Ländern (Großbritannien, USA, Israel) werden bei cochlea-implantierten Kindern neben der sprachlichen Kommunikation auch verschiedene Formen von Symbolen erlaubt. Wie beispielsweise bei der ‚Total Communication‘, bei der Gebärden und die gesprochene Sprache zugelassen werden. Eine amerikanische Studie (Connor et al. 2000) konnte aufzeigen, dass Kinder, die vor dem 6. Lebensjahr ein CI erhalten haben und sich danach mit Hilfe dieser Methode verständigten, über ein größeres Vokabular verfügten, als Kinder, die nur die Lautsprache verwendeten (nach Szagun 2001, 266).

⁶² Eine Übersicht über das phonembestimmte Manualsystem (PMS) findet sich im Anhang V1-V3.

VI Frühförderung bei Giuliana

Die vorherigen Kapitel befassten sich zunächst mit Giuliana und ihren bisherigen Lebensweg, danach wurde die Integration aus mehreren Perspektiven beleuchtet (Integration im Orientierungsplan, Integration in Baden-Württemberg und speziell in Reutlingen), es ging um Integrationskonzepte, um Kooperation und die Kooperationspartner von Giuliana, um Hörschädigungen sowie um das Cochlea Implantat und um Diagnostik und Förderung von sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten. All dies soll nun in diesem Kapitel auf Giuliana und ihre momentane Situation bezogen werden. Ihre Integration, ihre Sprachentwicklung und -förderung, die sprachtherapeutische Diagnose und weitere Fördermöglichkeiten sollen dargestellt werden.

1. Giulianas Integration im Kindergarten

Giuliana wird in den Regelkindergarten integriert, der auch für sie in Frage käme, wenn sie keine Hörschädigung hätte. Eine solche wohnortnahe Integration wird von den meisten Eltern gewünscht. Im Gegensatz zu ausgewiesenen Integrationseinrichtungen können bei der Einzelintegration dadurch Nachteile entstehen, dass kein Konzept für die integrative Erziehung vorhanden ist und das Erzieherinnenteam oft nur unzureichend informiert wird bzw. ist (DJI Zahlenspiegel, s. Anhang J2). Bei Giuliana nehmen an den ‚Runden Tischen‘ die zwei Bezugserzieherinnen teil, außerdem hat die Inklusionsassistentin bisher zwei Mal an Teamsitzungen teilgenommen. Dort berichtete sie über Giuliana und suchte den Austausch mit den Erzieherinnen. Leider wurde bei den Teamsitzungen ihre Arbeitsweise bzw. ihr Konzept nicht thematisiert, auf das nun im nächsten Kapitel nochmals eingegangen wird (s. auch Kap. III 2.4.2).

1.1 Aufgaben und Rolle der Inklusionsassistentin⁶³

Die Inklusionsassistentin versteht unter Inklusion ‚Den Alltag unterstützen.‘ Damit verbunden ist zum einen die Unterstützung des Kindes, aber auch die Unterstützung der gesamten Situation. Deshalb steht über diesem speziellen Blick auf das Kind, der Blick auf das Ganze, aber natürlich doch mit einem gewissen Fokus auf Giuliana. Es gibt Tage an denen Giuliana ganz woanders ist, als die Inklusionsassistentin, da sie sich in dem Moment mit anderen Kindern beschäftigt um der Erzieherin den Schonraum zu bieten und ihr die Zeit zu geben, sich intensiver mit Giuliana zu beschäftigen. Das macht Sinn, wenn man bedenkt, dass die Inklusionsassistentin einen, höchsten zwei Tage in der Woche im Kindergarten ist, die Erzieherinnen jedoch täglich mit Giuliana zu tun haben. Die Aufgaben der Inklusionsassistentin bestehen somit darin zu schauen, was Giuliana gerade macht, ob die Inklusionsassistentin ihr gerade Unterstützung geben kann oder ob das nicht sinnvoll wäre. Wenn bspw. Giuliana

⁶³ vgl. Gespräch mit der Inklusionsassistentin, s. Anhang A1-A4 und Kap. III 2.4.2

beschäftigt ist, wartet die Inklusionsassistentin nicht, bis Giuliana damit fertig ist, sondern sie beschäftigt sich dann mit anderen Kindern. In dieser Zeit kann sich die Erzieherin, die sich im gleichen Raum wie Giuliana befindet, verstärkt um sie kümmern. Voraussetzung für den Erfolg eines solchen Ansatzes ist, meiner Meinung nach, dass die Erzieherinnen über die Arbeitsweise der Inklusionsassistentin Bescheid wissen. Nur so können sie in den entsprechenden Situationen die Zeit und den Freiraum, der ihnen durch die Inklusionsassistentin eingeräumt wird, nutzen. Ich habe allerdings den Eindruck, dass eben dies dem Erzieherinnenteam nicht bewusst ist.⁶⁴ Nach meinen Beobachtungen finden in der Praxis die eben erwähnten Abläufe nämlich so nicht wirklich statt. Eine (nochmalige) Klärung der Arbeitsweise für das Team wäre m.E. notwendig.

Die Aufgaben der Inklusionsassistentin sind nach ihrer Aussage jedoch auch situationsabhängig. Die Inklusionsassistentin wollte, sobald Giuliana hören kann (das Gespräch fand vor der Erstanpassung statt), ihr einen Schonraum bieten und mit ihr alleine bzw. in Kleingruppen arbeiten, um sie langsam an das Hören zu gewöhnen.⁶⁵ Auch Aktivitäten mit dem Kind alleine sind nicht ausgeschlossen. So waren Giuliana und die Inklusionsassistentin vor kurzem gemeinsam einkaufen. In solchen Situationen kann die Inklusionsassistentin sich nochmals viel gezielter auf Giuliana einlassen und sie unterstützen sowie begleiten. Zurückblickend auf das erste halbe Jahr mit Giuliana sieht sie für Giuliana den Bereich der Integration als nicht so vordergründig an. Giuliana ist ein sehr offenes Kind und hatte durch ihre Cousine und das Nachbarskind, die beide denselben Kindergarten besuchen, schon Sozialkontakte, bevor die Inklusionsassistentin kam. Verändert und verbessert hat sich nach Ansicht der Inklusionsassistentin vor allem die Sprache. So hat sie mit ihr zusammen immer wieder dasselbe Buch angeschaut, was Giuliana richtig lieb gewonnen hatte. Die Inklusionsassistentin konnte dabei beobachten wie Giuliana das Buch nach und nach immer besser kannte und gegen Ende sogar einen Satz, der im Buch vorkam, von sich aus sprechen konnte. Sie wusste genau, bei welchem Bild eben dieser Satz stand (s. Gespräch mit der Inklusionsassistentin, Anhang A3). Dies beschreibt eindrücklich den Kern der sprachlichen Förderung in Formaten (Kap. V 2). Genau darauf kann man bei der weiteren (sprachlichen) Förderung von Giuliana aufbauen.⁶⁶ Ansonsten fällt der Inklusionsassistentin positiv auf, dass sie genau dieselbe Entwicklung macht, wie andere Kinder in ihrem Alter auch, z.B. momentan die Trotz- und Ausprobierphase.

⁶⁴ Bis auf die Bezugserzieherin, der es jedoch erst am letzten ‚Runden Tisch‘, der im November stattfand, durch das dortige Gespräch bewusst wurde! (s. Gespräch mit der Bezugserzieherin, Anhang C8f)

⁶⁵ Ich denke, dass sie das nur bedingt gemacht hat, da Giuliana keine großen Schwierigkeiten mit dem Hören mit CI zeigte und somit ein Schonraum, in dem Giuliana ihre Ruhe hat, m. E. nicht notwendig war.

⁶⁶ Auf die Sprachförderung durch die Inklusionsassistentin wird noch näher in Kap. VI 2.2 eingegangen. Dort werden zudem die momentanen Aufgaben aus der Sicht der Inklusionsassistentin beschrieben.

Aufgrund der Arbeitsweise muss sie eng mit den Erzieherinnen zusammen arbeiten, was in einem offenen Konzept eventuell nochmals schwieriger zu realisieren ist, als in geschlossenen Gruppen. Durch die geringe Zeit, die für Vorbereitung und Teilnahme an den Teamsitzungen bei Inklusionsassistentinnen vorgesehen ist – wöchentlich eine halbe Stunde – bekommt sie Absprachen und neu eingeführte Regeln nicht immer mit, was sie bedauert. Dennoch fühlt sie sich im Kindergarten wohl und nicht als ‚Fremdkörper‘, da alle Erzieherinnen sehr offen seien. Sie sieht auch die Gefahr, dass Neid oder Missgunst aufkommen könnte, da sie sich beispielsweise nicht um Elternabende, Elternbriefe usw. kümmern muss. Um dies erst gar nicht aufkommen zu lassen bzw. im Kern zu ersticken, nimmt sie u.a. an den Teamsitzungen teil. Dort möchte sie z.B. ein Feedback von den Erzieherinnen erhalten. Im betreffenden Regelkindergarten sieht sie jedoch kein großes Konfliktpotential, da sie dort alle Erzieherinnen für so kompetent hält, ihr gleich zu sagen, wenn etwas nicht in Ordnung ist.

1.2 Beobachtungen im Kindergartenalltag

1.2.1 Freie Beobachtung

Freie Beobachtungen im Kindergartenalltag zeigten mir, dass Giuliana vielfältige Kontakte zu anderen Kindern in der Einrichtung hat. Ihre Cousine, die den gleichen Kindergarten besucht, ist dabei eine ihrer häufigsten Partnerinnen. Daneben gibt es jedoch viele Phasen, in denen sie alleine beschäftigt ist oder manchmal nicht so recht weiß, was sie machen soll und (dann oft) Unterstützung braucht, um diese Phase zu überwinden. Zu anderen Kindern sucht sie von sich aus, so gut wie nie den Kontakt. Wenn sie von sich aus aktiv wird und Kontakt aufnimmt, so meist zu Erwachsenen. In freien Spielsituationen sind es eher die anderen Kinder die zu ihr Kontakt aufnehmen. Entweder möchten sie mitmachen (z.B. Puzzle, s. Anhang U1) oder sie benötigen etwas, das Giuliana gerade hat (z.B. Stempel, s. Anhang U1). In strukturierten Situationen, wenn Aktivitäten vorgegeben sind, wie z.B. im Montagskreis, fällt es ihr dagegen leichter, sich einzubringen und in Kontakt mit anderen Kindern zu treten. Auch beim Mittagessen, bei dem immer dieselbe Kindergruppe zusammen ist, ist die Kontaktaufnahme für sie leichter. Hier finden mehr Interaktionen zwischen ihr und anderen Kindern statt, was sich dadurch erklären lässt, dass die Kinder etwa eine halbe bis dreiviertel Stunde etwa zu viert an einem Tisch sitzen und sich dadurch Kommunikationssituationen ergeben. Um meine Vermutung, dass Giuliana überwiegend alleine und nicht gemeinsam mit anderen Kindern spielt, zu prüfen, wählte ich eine standardisierte Beobachtungsform, die im nächsten Kapitel dargestellt wird.

1.2.2 Standardisierte Beobachtung durch einen Beobachtungsbogen

Für die standardisierte Beobachtung wählte ich den ‚*Beobachtungsbogen zur Erfassung der sozialen Spieltätigkeit*‘ nach PARTEN 1932, den auch HEIMLICH (1995) neben anderen Methoden zur Spielbeobachtung nutzt. Der Beobachtungszeitraum umfasst 30 Minuten, wobei jede Minute eine Zuordnung zu einer der folgenden Kategorien erfolgen soll (vgl. Heimlich 1995 oder s. Anhang G1-G4):

- *selbstbeschäftigt*: Das Kind spielt nicht mit anderen Kindern oder Dingen, sondern mit seinem eigenen Körper. Es beobachtet Dinge.
- *Beobachtungsspiel*: Das Kind beobachtet andere Kinder beim Spielen. Es begibt sich jedoch nicht in das Spiel hinein und zeigt auch sonst keine Spielaktivität.
- *Alleinspiel*: Das Kind spielt allein. Die Spielmittel unterscheiden sich von denen der anderen Kinder. Es findet kein Versuch der Annäherung statt.
- *Parallelspiel*: Das Kind spielt neben oder in der Nähe von anderen Kindern. Die Spielmittel sind gleich oder ähnlich wie die der anderen. Es erfolgt jedoch keine Beeinflussung des Spiels anderer Kinder.
- *Assoziationsspiel*: Das Kind spielt mit anderen Kindern. Es gibt eine gemeinsam Spieltätigkeit und ein Austausch der Spielmittel findet statt. Die Eigeninteressen werden jedoch nicht untergeordnet.
- *Koalitives Spiel*: Das Kind spielt in Gruppen; es gibt ein gemeinsames Gruppenziel. Die Eigeninteressen werden untergeordnet und es gibt eine feste Rolleneinteilung.
- *Kooperationsspiel*: Das Kind spielt in Gruppen; es gibt ein gemeinsames Gruppenziel. Es wird arbeitsteilig gespielt und es findet eine flexible Rollenübernahme statt. Zudem kann es zu freiwilligen Akten des Helfens kommen.

Diese Kategorien werden (im Sinne von HEIMLICH) nicht hierarchisch gesehen, sondern im Sinne eines horizontalen Entwicklungsmodells, als zunehmende Bandbreite an Kompetenzen innerhalb der Spieltätigkeit. Eine Wertung wird dabei nicht vorgenommen, so dass das Kooperationsspiel nicht höher eingestuft wird als das Alleinspiel (1995, 247). Da die beobachtende Person sich aus dem Spielgeschehen möglichst zurückziehen soll, (ebda, 283), bat ich für die Durchführung nur die Inklusionsassistentin um Hilfe, die diesen Beobachtungsbogen zudem schon während ihrer Weiterbildung zur Inklusionsassistentin kennen gelernt hatte. Erzieherinnen, die in der Einrichtung arbeiten, fragte ich aus dem oben genannten Grund nicht.⁶⁷ Der *Beobachtungsbogen zur Erfassung der sozialen Spieltätigkeit* ist geeignet, um die spielpädagogische Ausgangslage von Kindern (mit Behinderung) zu erfassen. Eine Wiederholung der Beobachtung zu einem späteren Zeitpunkt kann Entwicklungsfortschritte verdeutlichen (ebda, 284).

Giuliana wurde vier Mal – insgesamt über 100 Minuten – in ihrer Spielaktivität von uns beobachtet. Dabei waren die Ausgangssituationen jeweils verschieden (im Garten, im Kreativbe-

⁶⁷ Um die Erzieherinnen einzubinden, hätten 30-minütige Videosequenzen angefertigt werden können. Da sich jedoch durch die Inklusionsassistentin eine sehr bereitwillige zweite Beobachterin fand, hielt ich dies nicht für notwendig.

reich, bei der Spiele-Insel und im Malzimmer), was vielfältige Spielsituationen hervorbrachte. Die Auswertung (s. Tabelle) der vier Beobachtungsbogen zeigt, dass Giuliana in dem beobachteten Zeitraum einen großen Teil der Zeit im Alleinspiel verbrachte (27 min/ 25%⁶⁸). Aber auch Parallelspiel (23 min/ 22%) und Beobachtungsspiel (22 min/ 21%) nehmen einen nur gering kürzeren Anteil ein. Das selbstbeschäftigte Tun (14 min/ 13%), das Koalitionsspiel (12 min/ 11%) und das Assoziationsspiel (8 min/ 8%) fallen dagegen schon weiter zurück. Gar nie beobachtet werden konnte eine kooperative Spieltätigkeit von Giuliana. Zum hohen Wert des Koalitionsspiels lässt sich noch anmerken, dass bei der Hälfte der Zeit die Eigeninteressen nicht untergeordnet wurden, so dass diese auch dem Assoziationsspiel zugeordnet hätten werden können (s. Anhang G2). Interessant ist, dass die Zuordnungen von der Inklusionsassistentin und mir, sehr variieren. Das kann unterschiedliche Gründe haben: Vielleicht verhielt sich Giuliana zu den unterschiedlichen Beobachtungszeiträumen so verschieden oder wir haben eventuell beide mit den Kategorien trotz den Erklärungen auf dem Beobachtungsbogen Unterschiedliches verbunden oder wir hatten heterogene Erwartungen (aufgrund unserer subjektiven Wahrnehmung im Alltag), was sich nun in der Erhebung widerspiegelt. Eventuell ist es eine Kombination aus allen drei Gründen. Aufgrund der unterschiedlichen Ergebnisse, wäre es eventuell doch sinnvoll, Videosequenzen aufzunehmen und anhand dieser gemeinsam die Kategorien durchzusprechen und einen Bogen gemeinsam auszufüllen. Nichtsdestotrotz lässt sich auch anhand der vorhandenen Ergebnisse einiges erkennen:

- Bei beiden Auswertungen wurden die meisten Zuordnungen beim Alleinspiel getätigt.
- Das Kooperationsspiel wurde von uns beiden nie beobachtet. Das kooperative Spiel nahm jedoch auch bei den Forschungen von HEIMLICH einen geringen Anteil an Spieltätigkeit ein (vgl. Heimlich 1995, 252ff).⁶⁹
- Insgesamt sind die Formen des Spiels mit anderen Kindern stark unterrepräsentiert.
- Das Beobachtungsspiel, das HEIMLICH gerade bei Kindern mit Behinderung als wichtige Voraussetzung für spätere interaktionsbezogene Spieltätigkeiten sieht (1995, 257), nimmt ein Fünftel der beobachteten Zeit ein.

Spieltätigkeitskategorien	Inklusionsassistentin	Meine Zuordnungen	Gesamt
<i>selbstbeschäftigt</i>	1	13	14
<i>Beobachtungsspiel</i>	6	16	22
<i>Alleinspiel</i>	9	18	27
<i>Parallelspiel</i>	8	15	23
<i>Assoziationsspiel</i>	7	1	8
<i>Koalitionsspiel</i>	6	-	6
<i>Kooperationsspiel</i>	-	-	-

⁶⁸ Alle Prozentangaben sind ungefähre Werte und wurden gerundet.

⁶⁹ Bei dieser Studie wurden neun Kinder, die neu in eine Regeleinrichtung kamen und dort integrativ betreut wurden, über einen Zeitraum von 15 Monaten drei Mal beobachtet, u.a. mit Hilfe des oben genannten Spielbeobachtungsbogens (Heimlich/Höltershinken 1994/ Heimlich 1995).

Interessanterweise bestätigte die Bezugserzieherin von Giuliana (s. Anhang C1-C11), als ich ihr die Ergebnisse der Spielbeobachtungsbogen zeigte, dass auch sie Giuliana schon oft beim Beobachten anderer Kinder gesehen habe. „Ja, das finde ich auch. Sie schaut anderen Kindern oft zu und guckt: ‚Was machen denn die? Kann ich das vielleicht auch brauchen?‘ Dass sie auch so ein bisschen guckt und vergleicht, was gibt’s denn so.“ (s. Anhang C10). Die Erzieherin fand es spannend mal so gezielt auf Giuliana zu schauen und sich das bewusst zu machen. Ihr fiel beim Besprechen der Ergebnisse ein, dass z.B. wenn Federn auf dem Tisch stehen, Giuliana diese auch nimmt und mit ihnen bastelt. „Aber sie würde jetzt nicht von sich aus auf die Idee kommen, dass sie sich Federn sucht oder sonst irgendwas“ (ebda). In der Nachbesprechung mit der Inklusionsassistentin kamen wir beide zu dem Schluss, dass ein nächstes Ziel für die Arbeit mit Giuliana sein muss, ihr den Kontakt zu anderen Kindern zu ermöglichen.

Anhand der ausgefüllten Beobachtungsbogen (s. Anhang G1-G4) lässt sich erkennen, dass Giuliana sehr lange Phasen des Parallelspiels (12 min) und des Alleinspiels (18 min!) zeigt. Gerade im Alleinspiel realisieren Kinder anspruchsvolle Tätigkeiten (Fthenakis/Sperling 1982). Sie probieren etwas für sich aus, experimentieren eventuell und beschäftigen sich mit dem, was ihr Interesse geweckt hat. Das Alleinspiel bringt auch kreative, phantasievolle und selbstbestimmte Spielprozesse hervor (Heimlich ²2001, 79f). Der lange Zeitraum, in dem Giuliana alleine gespielt hat, zeigt eine große Aufmerksamkeitsspanne. Dennoch bedürfen Kinder auch „...der Anregung, um aus dem Beobachtungs- und Alleinspiel heraus in die Nähe zu anderen Kindern zu kommen“ (Heimlich 2003, 92).

Wie gesehen füllt jeder den Bogen ein bisschen anders aus und interpretiert die Kategorien verschieden, auch wenn sie relativ genau beschrieben sind. Deshalb legt HEIMLICH wohl auch viel Wert auf die Schulung der Beobachtungspersonen (1995, 283). Sinnvoll fände ich, eine Kategorie einzuführen, in der man die Kontaktaufnahme genauer festhalten könnte. In Ergänzung zu den Kategorien: ‚Anwesenheit der Erzieherin‘ und ‚Beschäftigung mit dem Kind‘, die nur ein Mal für die gesamten 30 Minuten ausgefüllt werden, könnte man zwei weitere Kategorien aufnehmen:

<input type="checkbox"/> Kontakt zu Erwachsenen:	initiiert durch Kind	<input type="checkbox"/>
	initiiert durch Erwachsenen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kontakt zu Kind(ern):	initiiert durch Kind	<input type="checkbox"/>
	initiiert durch anderes Kind	<input type="checkbox"/>

Bei der Beobachtung von Giuliana zeigte sich nämlich, dass sie von sich aus keinen Kontakt zu anderen Kindern aufnimmt, jedoch sehr wohl zu Erwachsenen.

HEIMLICH (1995 bzw. Heimlich/Höltershinken 1994) untersuchte die Kontaktinitiierung in seinem Forschungsprojekt ‚Gemeinsam spielen‘ mit Hilfe einer Spielkooperationsskala, die jedoch – wie der Name schon sagt – nur bei der Beobachtung kooperativen Spiels eingesetzt werden kann. Da Giuliana jedoch nur sehr wenig und in den beobachteten Situationen gar kein Kooperationsspiel zeigt, setzte ich diesen Beobachtungsbogen nicht ein.

2. Sprachförderung bei Giuliana

2.1 Bei der Logopädin

Durch mehrere Hospitationen bei der Logopädin⁷⁰ gewann ich einen guten Einblick in ihre Arbeit mit Giuliana. Momentan steht bei der Logopädin die Förderung der auditiven Kompetenzen im Vordergrund – wie bei allen Kindern, die das Cochlea Implantat erst gerade bekommen haben. Sobald sie merkt, dass Giuliana den auditiven Kanal entdeckt hat und nutzt, wird die Förderung des Wortschatzes (Semantik) in den Vordergrund gestellt, so wie bei anderen sprachentwicklungsverzögerten Kindern auch. Später können die Inhalte der Therapie in Richtung Grammatikförderung ausgeweitet werden und – falls nötig – auch eine Artikulationstherapie durchgeführt werden. Die meisten Kinder mit Cochlea Implantat brauchen dies jedoch nach Erfahrung der Logopädin nicht, da sie – wenn das CI gut eingestellt ist und sie gelernt haben damit zu hören – keine Probleme mehr im phonetisch-phonologischen Bereich zeigen (vgl. Gespräch mit der Logopädin, s. Anhang D2).

Die auditiven Kompetenzen fördert die Logopädin hauptsächlich mit dem ‚Audio Log‘, einem Computerprogramm, bei dem sich das Kind auf das Hören konzentrieren muss. Giuliana machte das Spielen am Computer großen Spaß, sie führte selbst die Maus und konnte somit auch bestimmen wie oft sie ein Geräusch oder Wort nochmals hören möchte. Durch Anklicken eines Lautsprechers auf dem Bildschirm wird das Geräusch wiederholt. Zudem kann der Erwachsene die Geräusche oder Wörter auswählen und für jedes Kind eigene ‚Listen‘ erstellen, die dann gespeichert werden. Ebenso ist der Schwierigkeitsgrad der Aufgaben einstellbar. Verschiedene Aufgaben(typen) sind möglich:

- *Geräuschen Bilder zuordnen:* Bei Giuliana wurden u.a. Geige, Auto und Telefon ausgewählt. Dies bereitete ihr kaum Probleme.
- *Wörtern Bilder zuordnen:* Die Wörter bestanden bei ihr aus dem semantischen Feld ‚Lebensmittel‘: Tomaten, Bananen, Orangensaft, Schokolade, Bonbons, etc. Hiermit hatte sie mehr Schwierigkeiten.

⁷⁰ s. auch: Gespräch mit der Logopädin von Giuliana, Anhang D1-D4.

- *Unterschiedliches Bellen (hoch/tief) wahrnehmen und einem kleinen oder großen Hund zuordnen:* Giuliana scheint bei dieser Aufgabe überfordert zu sein. Dabei muss man jedoch bedenken, dass sie mit diese Aufgabe zum ersten Mal konfrontiert wurde, so dass sie erst verstehen muss, was überhaupt von ihr verlangt wird. Die Logopädin meinte, dass aus ihrer Erfahrung, die Kinder nach dem zweiten oder dritten Mal keine Probleme mehr zeigen würden.
- *Memory spielen:* Die Logopädin wählte als Schwierigkeitsstufe aus, dass Giuliana *drei* Paare allein durch Hören finden musste. Erst, wenn ein zusammengehörendes Paar gefunden wird, erscheint das Bild. Nachdem Giuliana die Paare relativ schnell fand, wurde das Memory mit vier Paaren gespielt. In den darauf folgenden Therapiestunden wurde auch mit sechs Paaren gespielt. Die Geräusche, aus denen der Computer automatisch die Paare gewählt hatte, waren bei den ersten beiden Therapiestunden: Hund, Ente, Telefon, weinendes Baby, hustende Frau, Geige, Flöte, Dusche, Donner, Auto, Chor (singen). Dabei hörte sich Donner und Auto relativ ähnlich an, so dass das Geräusch Donner beim zweiten Mal von der Logopädin nicht mehr gewählt wurde. Giuliana äußerte beim zweiten Durchlauf bei der Dusche [wak≡] (waschen) und [Σ] (wie laufendes Wasser in der Dusche). Auch das Husten imitierte sie, ohne dass sie das Bild gesehen hatte. Bemerkenswert ist zudem, dass sie abwartete bis das Geräusch zu Ende war, bevor sie eine weitere Karte anklickte. Als das Memory in der dritten Therapiestunde wiederholt wurde, wählte die Logopädin Wörter statt Geräusche⁷¹ aus: Apfel, Ampel, Koffer, Lastwagen, Lokomotive, Kinder, Zauberer, Vogel, Affe, Löwe, Tiger. Sie begründete die Hinzunahme von schwierigen, langen Wörtern dadurch, dass diese sich deutlicher voneinander unterscheiden ließen. Zudem sei die Leistung, die Paare zu finden als noch höher zu bewerten, wenn sie sich unter den Wörtern nichts vorstellen kann.⁷² So schaute Giuliana sehr erstaunt, als nach korrekter Zuordnung, der Zauberer erschien. Von der Logopädin wurde das Wort anschließend aufgegriffen, indem sie es gehäuft anbot und entsprechende Gebärden dazu machte.⁷³ Giuliana äußerte daraufhin [tsaob≡]. Das Memory mit den Wörtern ist für sie (noch zu) schwierig.

Natürlich lassen sich die auditiven Kompetenzen auch ohne das Computerprogramm 'Audio Log' fördern. Da man in der Therapie jedoch nur 45 Minuten Zeit hat, findet die Logopädin die Förderung mit 'Audio Log' sehr geeignet, da die Fortschritte sichtbarer sind.

⁷¹ Mich erstaunte die Auswahl der Geräusche und Wörter teilweise schon. Ich hätte diese aus dem Alltag des Kindes gewählt so wie Auto, Hund, Dusche (laufendes Wasser), Apfel etc. Bei Geige, Lokomotive, usw. hätte ich (wenigstens) eine Erklärung für Giuliana gut gefunden – so wie die Logopädin es später beim Zauberer machte.

⁷² Dies stellt für mich keine sinnvolle Begründung dar. Die Einbettung und Verdeutlichung des Wortes dagegen finde ich dagegen für Giuliana auch für sehr bedeutsam.

⁷³ Zum Beispiel: ‚Schau mal Giuliana, das ist ein Zauberer. Der zaubert: ‚Abrakadabra‘.‘ etc.

Neben dem 'Audio Log' wurden in den logopädischen Therapiesitzungen, bei denen ich anwesend war, Spiele gespielt sowie ein Mal mit dem Xylophon Musik gemacht. Hier fiel auf, dass Giuliana Folgen von mehr als zwei Tönen nicht nachspielen konnte, doch das Musizieren machte ihr viel Spaß. Sie spielte zudem in verschiedenen Lautstärken; ein Mal konnte man sogar beobachten, dass sie den Ton, den sie ganz leise gespielt hat, nicht hören konnte, da sie ihn nochmals anschlug. Als Spiel setzte die Logopädin bewusst das Spiel 'Arche Noah' ein, bei dem sechs verschiedene Tierstimmen (Löwe, Elefant, Ente, Schlange, Schwein, Hund) gehört und identifiziert werden müssen, um mit dem entsprechenden Tier ein Feld vorzurücken. Die Geräusche von Löwe, Schlange und Schwein sind relativ schlecht zu erkennen, weshalb die Logopädin die Geräusche dieser Tiere oft selbst nochmals wiederholt. Mit dem Spiel werden neben den Tiernamen und den entsprechenden Geräuschen ('wau wau', 'quak, quak', 'toröö', etc.) auch die Farben (jeder Mitspieler erhält sechs Tiere in einer Farbe) und weitere Wörter (langsam/schnell,...) gehäuft angeboten, so dass es nicht nur der Förderung der auditiven Kompetenzen, sondern auch der Wortschatzerweiterung dient. Giuliana imitierte, vor allem als sie das Spiel zum zweiten Mal spielte, sehr viel (Schwein, Löwe, Sieger, Erster, schnell, langsam, aufräumen, etc.). Zudem fiel ihr die Zuordnung von Geräusch zu Tier leichter als beim ersten Mal. Den Elefanten erkannte sie ganz ohne Hilfe, Probleme hatte sie manchmal beim Hund (sie verwechselte das Bellen mit dem 'quak, quak' der Ente) und bei Schlange und Löwe. Nach dem nochmaligen Vormachen durch die Logopädin, konnte Giuliana es dann jedoch meist richtig zuordnen. Neben dem Spiel 'Arche Noah' wählte auch Giuliana zwei Mal ein Spiel aus. Zudem wurde auch einmal spontan mit Aufzootieren gespielt, was Giuliana und uns anwesenden Erwachsenen sehr viel Spaß bereitete.

Bevor Giuliana das Cochlea Implantat bekam, stand in der logopädischen Therapie ebenfalls die Förderung der auditiven Kompetenzen im Vordergrund, da dies die Voraussetzung dafür ist, dass sie Sprache lernen kann. Aber nach Aussage der Logopädin waren auch Wortschatzerweiterung und „Förderung der Kommunikation und des Satzbaus“ (s. Anhang D4) wichtig.

Ziel der Therapie war und ist schon immer die Lautsprache. Parallel dazu hat die Logopädin bewusst keine Gebärden⁷⁴ eingesetzt. Ihrer Meinung nach muss man, um kommunikationsunterstützende Gebärden einzusetzen, von diesen überzeugt sein, zudem müssten natürlich auch die Eltern bereit sein diese zu lernen. Schließlich stellt sich die Frage, ob das Kind nicht so intelligent ist, dass es auch ohne Gebärden zur Lautsprache kommt. Letzteres gab dann auch den Ausschlag sie nicht zu benutzen. Während der gesamten Therapiezeit setzt die

⁷⁴ Gebärden im Sinne von lautsprachunterstützenden Gebärden, wie z.B. GuK (Gebärden unterstützte Kommunikation), die nur sprachanbahnend und nicht sprachersetzend eingesetzt werden.

Logopädin immer wieder Handzeichen des Phonembestimmten Manualsystems (PMS) ein, um für Giuliana einzelne Konsonanten zu visualisieren. Giuliana imitiert die Handzeichen häufig spontan.

2.2 Im Kindergarten⁷⁵

2.2.1 Inklusionsassistentin

Sprachfördernde Situationen finden auch im Kindergarten statt. Die Inklusionsassistentin gestaltete auf Hinweis der Beratungslehrerin z.B. mit Giuliana ein Buch (s. Kap. II 3.2). Ebenso schaut sie mit ihr immer wieder Bilderbücher an. Als eindrückliches Erlebnis beschrieb sie die Situation, als Giuliana bei einem bei einem Buch, das sie wiederholt zusammen angeschaut hatten, bei einem Bild den dazugehörigen Satz von sich aus äußerte (s. Kap. VI 1.1). Nach der Cochlea-Implantation wollte die Inklusionsassistentin ihr zunächst einen Schonraum bieten, damit sie das ‚Hörenlernen‘ lernen kann und damit auch das ‚Sprechenlernen‘. Sie beschäftigt sich vor allem gerade mit der rhythmischen Sprecherziehung, da für sie Giuliana die Sprache mit dem ganzen Körper aufnehmen muss. „Bei ihr muss es durch den ganzen Körper gehen, bevor es nach außen kommt“ (Anhang A3). So kann sie sich vorstellen z.B. im Bewegungsraum mit einer Kleingruppe das Sprechen des Verses ‚Hopp, hopp, hopp, Pferdchen lauf Galopp‘ mit der Bewegung (hüpfen) zu verbinden. Zum rhythmischen Sprechen hat sie Materialien von einer Heilpädagogin bekommen, die sich mit diesem Ansatz beschäftigt hat. Sie berichtete im Gespräch mit mir von einer solchen Situation:

„Dieser Vers mit der Schnecke: Das ist eine Malübung, eigentlich eine Vorübung zum Schreiben lernen; Vorschulkinder machen das oft. Mit dem Stift (*Inklusionsassistentin macht mit dem Zeigefinger Kreisbewegungen auf dem Tisch*) ‚Schni, Schna, Schnecke in der Hecke, in dem Haus, komm heraus‘ und dann geht die Schnecke raus (*mit dem Finger Linie aus dem Kreis raus machen*). Und das machen sie hundert Mal mit allen Farbstiften auf dem gleichen Blatt. Bis das eben einen großen, großen Kreis gibt. Und da diese Schwungübungen und dieses ‚sch‘ in ‚Schni, Schna, Schnecke‘. Das habe ich mit Giuliana gemacht und dann haben ganz viele Kinder mitgemacht. Das haben sie sehr gern. Oder ‚rolle, rolle hin und her‘ mit Knete. Also, Knetbälle gemacht und dann sich gegenseitig gerollt. Oder ‚rolle, rolle rundherum‘ dann auch mit dem Stift (*Kreisbewegung*). Also dieses Reden zur Bewegung oder Bewegung zum Reden“. (Gespräch mit der Inklusionsassistentin von Giuliana, s. Anhang A4).

2.2.2 Bezugserzieherin

Die Bezugserzieherin bedauert, dass sie zu wenig Zeit hat, um häufig in kleinen Gruppen oder in einer Eins-zu-eins-Situation mit Giuliana zu reden und sich dabei ganz ihr zu widmen. Deshalb war sie froh, als ihr bewusst wurde, dass die Inklusionsassistentin genau solche Situationen schafft (s. Anhang C3). Auch Wiederholungen, wie z.B. das Anschauen eines

⁷⁵ Im Kindergartenalltag habe ich wenige sprachförderliche Situationen beobachtet, so dass ich sie hier erwähnen könnte. (Das liegt evtl. auch daran, dass ich so gut wie nie zur gleichen Zeit wie die Inklusionsassistentin im Kindergarten war und wenn ich im Kindergarten war oft mit Giuliana selbst etwas durchführte.) Deshalb wird in diesem Kapitel die Sprachförderung aus Sicht der im Gespräch befragten Personen dargestellt (s. Anhang A+C).

Bilderbuches mit der Inklusionsassistentin, hält sie bei Giuliana für sehr bedeutend. Ebenso seien Situationen, in denen man Giuliana signalisiert ‚Ich hör Dir jetzt zu‘ und mit ihr auf Augenhöhe geht, für bedeutsam. In solchen Situationen, die Giuliana auch selbst einfordert, erzählt sie viel mehr. Auch wenn die Erzieherin nicht immer im Einzelnen versteht, was Giuliana sagt, so doch zumindest, was sie ihr mitteilen möchte. Sie versucht von der Geschichte, die Giuliana erzählt, mehrere Schlüsselwörter zu verstehen und dadurch die ganze Geschichte zu begreifen oder mit Hilfe der Schlüsselwörter nochmals nachfragen zu können (Anhang C5). Im Kindergarten bekommt sie – wie jedes andere Kind auch – ihre Zeit, wenn sie etwas zu erzählen hat. Auch wenn das in einer größeren Gruppe, z.B. im Montagskreis, schwieriger ist, wird ihr der Raum gegeben und das den anderen Kindern erklärt (Anhang C4). Der Erzieherin ist bewusst, dass lange Zeit vieles an ihr vorbei ging und dass man sich selbst immer wieder daran erinnern und nochmals schauen muss, ob sie im Kreis so sitzt, dass sie auch das Gesicht von einem sehen kann. Mit dem Cochlea Implantat ist das Mundbild zwar nicht mehr so wichtig, aber sich die Voraussetzungen, die ein Kind mitbringt oder eben nicht mitbringt bewusst zu machen und das Verhalten dementsprechend abzustimmen und anzupassen ist natürlich eine wichtige Grundlage.

3. Sprachtherapeutische Diagnostik mit Giuliana

Wie schon in Kap. V 4 dargestellt, besteht eine sprachtherapeutische Diagnostik nicht (nur) aus Tests. Für die Erhebung freier Sprachproben und der Diagnose pragmatischer Fähigkeiten eignen sich vor allem Spielsituationen. Aufgrund der interaktionistischen Sichtweise des Spracherwerbs muss in der Diagnostik auch die Kommunikation zwischen Kind und Umwelt betrachtet werden (vgl. Füssenich 1987, 22). Wie schon beschrieben (Kap. V 4.1), ist ein gemeinsamer Handlungskontext zwischen Kind und Erwachsenen notwendig, um Fragen aus pragmatischer Sicht zu klären.

3.1 Beobachtungen im Spiel

Um Giuliana im Spiel zu beobachten, habe ich mich für zwei Spielformate entschieden. Zum einen für die Spielsituation Kochen, zum anderen für ein Regelspiel (Memory). Da wir beim freien Spielen im Garten schon einmal zusammen ‚gekocht hatten‘ und sie dabei sehr viel Interesse zeigte und sich selbst einbrachte, wählte ich diese Situation als erste gemeinsame Handlungsbasis (Kap. VI 3.1.1). Als Format mit einem Handlungsrahmen, der mehr Struktur vorgibt, entschied ich mich für das Regelspiel Memory. An diesem hatte sie zuvor schon Interesse gezeigt (Kap. VI 3.1.2).

3.1.1 Spielsituation Kochen

Im Kindergarten befindet sich im Rollenspielzimmer eine Küchenecke (mit Herd, Backofen, Waschbecken, Geschirr, Esstisch, Sitzbank usw.). Diese konnte ich für die Zeit der Beobachtung (drei Mal etwa 20 – 30 Minuten) alleine mit Giuliana nutzen. Um einen Eindruck davon zu bekommen, wie sich Giuliana verständigt und wie sie spricht, stelle ich eine kurze Sequenz vor, die zu Beginn der ersten gemeinsamen Spielsituation stattfand:

Zusammen gehen wir in das Rollenspielzimmer und ich sage ihr, dass wir in der Küche zusammen spielen wollen. Wir laufen auf die Küchenecke zu.

G: koge, eje⁷⁶ (kochen, essen)

T: Ja, wir wollen kochen und essen.

(wir kommen bei der Küchenecke an)

G: Du gier giege. (Du sollst hier sitzen.) *(schaut mich an, zeigt auf die Bank, schaut auf sie, schaut mich wieder an)*

T: Ich soll mich hier hin setzen?

G: Wage, i koge. (Du wartest, ich koche.) *(zeigt bei ,ich' auf sich)*

T: Du kochst?

Giuliana fängt danach sofort an, sich mit der großen Pfanne zu beschäftigen, sucht aber noch in den Schränken nach etwas anderem.

T: Schau mal, brauchst Du einen Topf? *(halte ihn ihr hin)*

G: *(schaut ihn an, schüttelt den Kopf)* Da! *(zeigt auf die große Pfanne, die schon auf dem Herd steht und sucht weiter)*

Sie findet zwei Wasserkrüge, in die sie mit dem großen Pfefferstreuer etwas hinein streut (evtl. eine Art Brause?). Danach sagt sie:

G: Bage. (Wasser)

und tut so, als ob sie am Wasserhahn in beide Krüge sowohl warmes als auch kaltes Wasser füllen würde. Dabei haucht⁷⁷ sie, so dass es sich anhört, als würde sie wirklich Wasser einfüllen.

Schon in dieser kurzen Sequenz (sie dauerte keine zwei Minuten) lässt sich vieles erkennen, das sich dann auch in den Situationen danach durch nochmaliges Vorkommen bestätigte. Deshalb werde ich im Folgenden die schon in dieser Szene gesehenen Elemente, die relevant sind für die Diagnostik darstellen und sie durch später erfolgte Situationen erweitern:

- Giuliana kann sich zunächst auf den *Handlungskontext einlassen*. Schließlich fängt sie sofort an sich in der Kochsituation zu ‚bewegen‘. Dabei bereitet sie zuerst das Trinken

⁷⁶ Zur besseren Lesbarkeit werde ich in diesem Unterkapitel (bei den Beobachtungen des Spiels) nicht die phonetische Umschrift verwenden.

⁷⁷ Diese Situation fand noch vor der CI-Erstanpassung statt. Knapp zwei Monate später äußert sie bei der Logopädin: [Σ] als sie Wasser nachmacht!

vor und beginnt dann zu kochen. Später essen wir, sie schneidet sich in den Finger und braucht ein Pflaster, wir essen weiter und zum Schluss waschen wir das Geschirr ab. Sie konnte sich beim ersten Mal sehr lange im gemeinsamen Handlungskontext bleiben. Bei den nächsten beiden Malen, fiel es ihr schwerer. Sie verlor schnell das Interesse an der Situation ‚Kochen‘. Noch bevor wir anfangen zu essen, entdeckte sie das Telefon und spielte kurz damit. Dann wurde eine Puppe interessant, die umgezogen werden sollte und im Puppenwagen spazieren gefahren wurde, etc. Für die Förderung in einem solchen Spielformat hat dies die Konsequenz, dass dabei der Rahmen sehr eng gehalten werden müsste.

- In der oben dargestellten Situation und auch im Laufe der weiteren Diagnostik fällt auf, dass sie es nicht gewohnt ist, dass jemand mit ihr spielt. Sie kann sich jedoch darauf einlassen, als ich einfach mitspiele, zeigt jedoch immer wieder (lange) Phasen, in denen sie *alleine spielt*.⁷⁸ Sie zeigt jedoch einige symbolische Handlungen, sogenannte *So-tun-als-ob-Handlungen*, wie z.B. das Wasser einfüllen oder das Brausepulver einstreuen. Auch greift sie aus der Luft etwas, das sie erst bei sich und dann auch bei mir in die Tasse tut. Beim Einschenken in die Tassen, ‚merkt‘ sie, als ich sage: ‚Stopp, das reicht!‘, dass sie zuviel eingeschenkt hat und schüttet deshalb wieder einen Teil zurück in den Krug. „Jüngere Kinder benötigen realitätsnahe Objekte, um sich in der ‚eingebildeten Situation‘ entsprechende Handlungen besser vorstellen zu können“ (Bürki 1998, 22). Giuliana braucht diese realitätsnahen Objekte, für ihre Spielhandlungen (Tasse, Pfanne, Krug,...). So benutzt sie auch das Telefon, um zu telefonieren und nicht einen Bauklotz oder das Bügeleisen, die sie als Telefon hätte umdeuten könnte. Doch schon ihre So-tun-als-ob-Handlungen spielen eine wichtige Rolle für den Aufbau von Vorstellungen und sind damit auch für die Sprachentwicklung bedeutsam (vgl. ebda, 13). Durch die beiden benannten Merkmale ist Giuliana deutlich in das *Symbolspiel* einzuordnen. Sie spielt in So-tun-als-ob-Handlungen meist nach ihren individuellen Vorstellungen und spricht sich nicht mit den Spielpartnern ab (vgl. ebda, 12). Meist tun sich Kinder mit Spracherwerbsstörungen schwer im Bereich des Symbolspiels. Ihr Spiel besteht häufig aus rein funktionalen Handlungen (Bürki 2002, 25). Giuliana kann ihrem Tun schon symbolische Bedeutung geben und sinnvolle Handlungszusammenhänge herstellen. Ihre Spielhandlungen zeigen einen großen Bezug zur Realität, wobei sie auch Kleinigkeiten nicht vergisst. Wenn sie Nudeln kocht, tut sie jedes Mal auch Salz – vorhin verwendeten (Pfeffer-)Streuer – ins Wasser.
- Giuliana kann sich in *Handlungssituationen einbringen*. Sie hat die Idee, Trinken vorzubereiten, sucht nach dem Krug und füllt Wasser ein. Ebenso deckt sie von sich aus den

⁷⁸ Auch die Beobachtungen mit dem Spielbeobachtungsbogen (Kap. VI 1.2.2) zeigen, dass sie viel Zeit im Alleinspiel verbringt und noch kein bzw. wenig kooperatives Spiel zeigt.

Tisch und schenkt uns beiden Trinken ein. Sie verteilt, als die Nudeln fertig sind, das Essen auf die Teller. Giuliana hat im Spiel Ideen und Vorschläge und kann diese auch einbringen. Später, als wir uns beide mit dem Messer in den Finger ‚geschnitten‘ haben, kommt sie auf die Idee, ein Pflaster zu holen:

T: Aua, mein Finger. Aua. (*lege meine Hand wieder auf den Tisch*)

G: Flagia.

T: Was?

G: Flagia (*und zeigt auf den ‚verletzten‘ Finger von mir*)

T: Ach, ein Pflaster?

G: Ja. (*nickt*)

T: Oh ja, komm, wir holen mal eins!

- Giulianas *Aussprache* – ist wie gesehen - relativ *schwer zu verstehen*, wenn man nicht den gemeinsamen Kontext kennt. Sie selbst versucht, wenn sie merkt, dass man sie nicht verstanden hat, ihr Anliegen mit Hilfe von Gestik und Mimik verständlich zu machen. Oft zeigt sie auf die Dinge, die sie meint, sofern dies möglich ist. Sie kann auf etwas *hinweisen* und vor allem auch um *etwas bitten*. So möchte sie, dass ich ihr zum Kochen die Nudeln, die ganz oben auf dem Regal stehen, gebe. Dazu zeigt sie auf die Nudeln, äußert in etwa ‚da giage‘ und schaut mich daraufhin an. Zur Unterstützung ihres Wunsches läuft sie in Richtung Regal und zeigt weiter auf die Nudeln. Momentan fehlen ihr manchmal noch die sprachlichen Fähigkeiten, um auszudrücken, was sie möchte. Doch im Kontext der Situation und durch ihre Verdeutlichung mit Hilfe von nonverbalen Elementen kann man sie sehr wohl verstehen. Dass sie *Fragen stellt* konnte im Verlauf der Diagnostik bei ihr nicht beobachten.

Was in der dargestellten Situation nicht zu sehen war, sich aber später noch zeigte:

- Giuliana imitiert zwar immer wieder, meist sind dies jedoch *nichtsprachliche Imitationen*. Einige Beispiele:

- Giuliana hat mir und sich selbst zu viel eingeschenkt. Daraufhin gehe ich mit dem Mund zur Tasse, um die sehr volle Tasse nicht anheben zu müssen. Giuliana hält sich ihre langen Haare aus dem Gesicht und beugt sich ebenfalls vor, um aus der Tasse zu trinken.

- T: Mmh, lecker! (*streiche mir dabei über den Bauch*)

G: (*streichet sich ebenfalls über den Bauch*) Mmh.

Rein sprachliche Imitationen sind in der Spielsituation (so gut wie) nicht zu beobachten.

- Giuliana fällt es bei diesem Handlungsgeschehen schwer ihre sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten zu erweitern. Meines Erachtens braucht sie mehr Struktur, um ihre Aufmerksamkeit auf die Sprache lenken zu können.

- Die Spielsituation Kochen wurde drei Mal durchgeführt mit jeweils mindestens einer Woche Pause. Trotzdem konnte sie sich genau erinnern, was bei den letzten Malen geschehen war. So war der Beginn (Nudeln in der großen Pfanne kochen) jeweils gleich und auch auf das Pflaster, das beim ersten Mal während des Spielens gebraucht wurde, kam Giuliana von sich aus wieder zu sprechen.
- Im Spracherwerb spielt der trianguläre Blickkontakt eine bedeutende Rolle. In der Herstellung des Dreiecks Ich-Du-Gegenstand zeigt sich eine Weiterentwicklung vom Anschauen des Dus und des späteren Anschauen des Gegenstandes, die jedoch (noch) nicht in Beziehung zueinander stehen bzw. mit einander verknüpft werden. Das Kind vergewissert sich, wenn es auf einen Gegenstand zeigt – durch Blickkontakt zur Bezugsperson – darüber, ob diese auch weiß, welchen Gegenstand es meint (Zollinger⁷⁹ 2004, 44). Somit werden Ich, Du und der Gegenstand in Beziehung zueinander gebracht. So zeigt Giuliana bspw. als sie die Nudeln verwenden möchte, die sich in einem Glas auf dem Regal befinden, auf die Nudeln und schaut danach mich wieder an, um zu überprüfen, ob ich auch sehe, was sie meint.

3.1.2 Regelspiel Memory

Für das Memory wählte ich gezielt Bilder aus, zu denen Giuliana bereits einen Bezug hat bzw. haben könnte. Neben Tieren (Ente, Hund, Fisch, Schwein, Schnecke, Schmetterling) und Lebensmittel (Apfel, Kirsche) auch Fortbewegungsmittel (Auto, Roller, Flugzeug) sowie die Bilder von Baum, Blume und Haus. Zunächst spielten wir nur mit neun Paaren, da Giuliana die Paare jedoch recht schnell fand, erhöhte ich sukzessive die Anzahl, so dass wir beim dritten Mal mit dreizehn Paaren spielten.

Giuliana ließ sich anfangs nicht auf alle *Regeln* ein. Sie schummelte indem sie beim Aufdecken der zweiten Karte erstmal schaute, ob das passende Bild darunter war. War dies nicht der Fall, legte sie die Karte wieder hin und nahm eine neue. Oder sie drehte einfach Karten um, wenn ich an der Reihe war. Jedes Mal erklärte ich ihr bei beiden Verhaltensweisen, dass das Spiel nicht so gehe. Da ich schauen wollte, ob sie die Regeln einhalten kann, musste ich sicherstellen, dass sie die wirklichen Regeln tatsächlich kennt.⁷⁹ Deshalb machte ich ihr deutlich, dass ‚mehrere Karten aufdecken‘ und ‚aufdecken, obwohl man gar nicht dran ist‘, nicht zum Memory spielen gehört. Interessanterweise versuchte sie, als wir zum dritten Mal miteinander Memory spielten, nicht mehr zu schummeln. Sie konnte sich ab da (so gut wie immer) an die Regeln halten.

⁷⁹ Die Mutter berichtete mir später davon, dass sie zu Hause auch oft Memory spielen und Giuliana dort ebenfalls die Karten häufig zuerst anschauen würde. In der diagnostischen Situation wollte ich ihr deshalb klar machen, dass dies nicht den Regeln entspricht.

Als wir zum ersten Mal gemeinsam Memory spielten, fing sie sofort an die Karten zu mischen; sie *zeigte Initiative*. Die grundlegenden Regeln des Memoryspiels kannte Giuliana schon, da sie es auch zu Hause spielt. Beim Memory müssen – wie bei anderen Regelspielen auch – mehrere Situationen rein sprachlich gelöst werden, z.B.: ‚*Wer fängt an?*‘ Giuliana äußerte schon beim Mischen, dass sie anfangen wolle: ‚i mage‘ (*zeigt auf sich*). Nachdem die Karten ausgelegt waren, wobei sie am Ende auch mitgeholfen hatte und die letzten zwei Karten nochmals anders als ich hinlegte, äußerte sie nochmals ‚i mage‘ und deckte die erste Karte auf. Zunächst benennt sie die Bilder nicht, so dass ich sie erst frage:

T: Oh, was hast Du?

G: No?

T: Eine Ente.

G: No. (*Erst konnte ich dieses Wort nicht deuten, später vermutete ich, dass es ‚wo‘ heißen soll, damit ich ihr die dazu passende Karte zeige.*)

Ich benenne nun jede Karte beim Aufdecken – egal ob sie oder ich sie aufdecke – wenn von ihr keine spontane Äußerung kommt. Schon bei der zweiten Karte, die ich aufdeckte, *imitiert* sie mich:

T: Schnecke.

G: -

T: Oh, und Roller.

G: Gola.

Im Vergleich zur Kochspielsituation imitierte sie beim Memoryspiel viel häufiger. Einige Beispiele:

Auto – Augo	Apfel – Afe/Ape	Fisch – Fi	Schmetterling – meke
Baum – Bau	Blume – Bume	Haus – Hau	nochmal - nochma.

Es zeigte sich, dass sie sich in diesem engeren und mehr strukturierten Handlungsrahmen viel besser auf die Sprache konzentrieren kann. So hat sie beim dritten Mal Memory, wobei jedes Mal mindestens eine Woche dazwischen lag, schon bei der ersten Karte von sich aus das Bild benannt (Auto). Bei manchen Bildern gelang ihr das leichter, bei einigen äußerte sie sich gar nicht. Diese habe ich ihr nochmals genannt, so dass sie manche in ihr Repertoire aufnahm (z.B. Schwein (was sie zuerst nicht bezeichnete) – wei). Wieder andere beschrieb sie durch Lautmalerei: Hund – wau, wau. Rückmeldung habe ich ihr häufig durch modellierte Äußerungen gegeben (z.B.: ‚wau, wau‘ – ‚Ja genau, das ist ein Hund. Der macht ‚wau, wau‘). Die Wörter wurden von mir zudem häufig in den Kontext gesetzt, aus dem sie sie auch kennt: ‚Schau mal, der Roller. Mit dem fährst Du draußen.‘ Bei manchen Wörtern, die sie nicht benennen konnte, suchte sie Ersetzungen, um sie zu beschreiben:

Kirsche – eje (essen) Birne – ham, ham (*macht so, als würde sie sie essen*)

Sie übernahm zudem schnell die Wörter ‚gewonnen‘ und ‚verloren‘ und zeigte auch weshalb:

groß – goge (*und zeigt auf ihren Stapel*). Neben den Wörtern, die immer wieder aufgrund desselben Spielformates angeboten werden, gibt es auch sprachliche Strukturen, die gehäuft auftreten. Beim Memoryspiel sind das neben den schon genannten: ‚Du hast gewonnen. Ich habe verloren‘ (oder umgekehrt) vor allem auch: ‚Du bist dran./ Ich bin dran.‘ sowie ‚Du bist noch mal dran.‘

Nach nur dreimaliger Durchführung stellte ich (bei Giuliana) im Rahmen dieser Diagnostik Fortschritte beim Einhalten von Regeln, beim sich Einlassen auf einen Handlungsrahmen und im Bereich der Wortschatzerweiterung, fest.

3.2 Überprüfung des Phoninventars und der phonologischen Prozesse

Wie in den letzten Unterkapiteln gesehen (Kap. VI 3.1.1 und 3.1.2) verwendet Giuliana nur eine geringe Anzahl verschiedener Laute. Um diese systematischer zu überprüfen wählte ich das ‚Analyse-Verfahren zur Ausspracheuntersuchung bei Kindern‘ (AVAK). Anstatt jedoch alle 105 Wörter zu überprüfen, entschied ich mich für eine Auswahl von zunächst 27 Wörtern, die ich später um zwölf erweiterte, um in einzelnen Bereichen aussagekräftigere Ergebnisse zu erhalten. Die zunächst ausgewählten Wörter lassen sich den semantischen Feldern Kleidung, Essen und Spielzeug zuordnen oder stammen aus ihrem sonstigen (Kindergarten-)Alltag (z.B. Treppe, Schere, etc.). Neben den 39 Wörtern des AVAK nahm ich – zur Analyse ihres Lautinventars und der phonologischen Prozesse – weitere 24 Wörter ihrer Spontansprache hinzu. Zur Erhebung der AVAK-Wörter wählte ich einen Ordner, in den die einzelnen Bilder eingeklebt waren. Giuliana machte die Durchführung sehr viel Spaß. Obwohl (oder gerade weil) es sich um eine sehr enge Situation handelte, konnte sie sich gut darauf einlassen. Die Auswertung⁸⁰ ergab folgendes Phoninventar:

Phoninventar		bilabial			labio-dental			dento-alveolar			palato-alveolar			palatal			velar			uvular			un lok
PLOSIV	fortis	p	p	p				t	t	t							k	k	k				
	lenis	b	b					d	d								g	g					
FRIKATIV	fortis				f	f	f	s	s		ʃ	ʃ	ʃ		ç	ç	x	x					
	lenis				v	v		z	z					j									h
NASAL		m	m	m				n	n	n							ŋ	ŋ					
LATERAL								l	l	l													
VIBRANT								r	r											R	R		
AFFRIKAT		0	pf	pf				ts	ts	ts													

Abb. 7: Überblick über die Konsonanten des Deutschen (aus: Hacker/Wilgermeir²2002)

⁸⁰ Diese ist bei Anhang H1-H9 zu finden.

Auffallend ist vor allem, dass sie die Frikative eigentlich gar nicht produziert (mehr als ein Mal nur [f] initial bei Vogel - [fog≡] und Fisch [fik]). Dies lässt sich darauf zurückführen, dass diese Lautgruppe einen sehr hohen Frequenzbereich aufweist, so dass sie diese mit den Hörgeräten gar nicht wahrnehmen konnte. Inwieweit dies nun mit dem Cochlea Implantat möglich ist, lässt sich nicht allgemein beantworten. Das kommt auf die individuelle Anpassung der Elektroden an. Da diese Anpassung bei ihr erst einmal durchgeführt wurde, kann man nicht sagen, ob sie Frikative schon wahrnehmen kann. An der obigen Darstellung des Phoninventars lässt sich zudem erkennen, dass bei ihr eine starke Rückverlagerung auf die Velare stattfindet. Labiodentale, Alveolare und Palatale werden größtenteils nicht gebildet.

Besonders auffällig ist die Lautpräferenz von [k] und [g]. Dies führt u.a. zu folgenden Realisierungen:

Treppe wird zu [gEk≡] Tasse zu [gak≡] Haare zu [ka:g≡] Stiefel zu [kig≡l]

In diesem Zusammenhang treten die phonologischen Prozesse der Velarisierung und der Plosivierung auf. Beides sind Substitutionsprozesse, d.h. ein Laut bzw. eine Lautgruppe wird durch eine(n) andere(n) ersetzt (Hacker ⁵2002, 24). Bei der Velarisierung wird die Artikulationsstelle, bei der Plosivierung die Artikulationsart verändert. Ein paar Beispiele von Giuliana zur Verdeutlichung:

- Velarisierung (vorderere Konsonanten werden durch Velare ersetzt):

initial:	Topf – [kOk]	Schere – [geg≡]
medial:	Nase – [na:g≡]	Mütze – [mYk≡]
final:	Fisch – [fik]	Tische – [gik≡]

- Plosivierung (meist werden Frikative oder Affrikate durch Plosive ersetzt):

initial:	Wippe – [gik≡]	Sonne – [dOn≡]
medial:	Stiefel – [kig≡l]	Apfel – [ap≡l]
final:	Topf – [kOk]	Schiff – [gik]

Zusätzlich zum Phoninventar und den phonologischen Prozessen überprüfte ich die Wortstrukturprozesse mit Hilfe des AVAK. Dazu werden dem Kind acht Wörter, die sich in Silbenlänge und -betonung unterscheiden, in Form von Bildern dargeboten. Diese soll das Kind – wie bei der Erhebung zuvor – benennen. Die Benennungen des Kindes werden eigentlich nicht transkribiert, da allein Wortlänge und -akzente bewertet werden (Hacker 1999, 32). In der folgenden Übersicht über die von Giuliana produzierten Wörter habe ich ihre Benennungen dennoch aufgeführt. So kann man nicht nur erkennen, in welchen Bereichen sie noch Schwierigkeiten hat, sondern auch weshalb.

Wortstrukturen			
Zielwort	Akzent	Auslassung unbetonter Silben (AUS)	Vereinfachung mehrsilbiger Wörter (VMW)
Banane	<u>SS</u> S	Bagagag (<u>S</u> SS)	
Schokolade	SS <u>SS</u>		+ (- kolade)
Tomate	<u>SS</u> S	+	
Feuerwehr	<u>S</u> SS		+ (Feuer-)
Krankenwagen	<u>SS</u> SS		+ (- bage)
Paket	<u>SS</u>	+ (-get/-pet)	
Trompete	<u>SS</u> S	+ (-ete)	
Kamel	<u>SS</u>	Kake (<u>S</u> S)	

Betrachtet man ausschließlich die Wortlänge und -betonung, kann sie nur Tomate (Giuliana: ,Bobage') richtig realisieren. Ansonsten lässt sie Silben, die initial unbetont sind, entweder aus (Paket, Trompete) oder sie betont sie einfach (Banane, Kamel). Mehr als dreisilbige Wörter kann sie bei dieser Auswahl der Wörter nicht produzieren.

Um zu überprüfen, ob sie bei ihr bekannten Wörtern auch minimale Unterschiede wahrnehmen bzw. sich auf ein bestimmtes, bedeutungsunterscheidendes Merkmal sensibilisieren kann, setzte ich Minimalpaare ein. Da es sehr schwierig ist Minimalpaare zu finden, die zum einen die in Frage kommenden Laute beinhalten und ebenso aus der Alltagssprache von Giuliana stammen, entschied ich mich für eine sehr kleine Auswahl, was das Ergebnis jedoch nicht unrelevanter macht. Ich wählte das (nicht ganz reine, da nicht nur ein Laut unterschiedlich ist) Minimalpaar Mama/Papa und das Minimalpaar Oma/Opa. Bei beiden Paaren ist der Unterschied (fast) nicht über das Mundbild zu erkennen. Dennoch zeigte Giuliana interessanterweise auch bei mehrmaliger Durchführung bei dem Minimalpaar Mama/Papa keine Probleme. Dagegen gab sie mir bei Oma/Opa fast immer das falsche Bild. Das könnte eventuell daran liegen, dass sie zu ihrem Opa, der Grieche ist, ,Babu' sagt und ihr vielleicht deshalb ,Opa' nicht so bekannt ist. Das würde für die Arbeit mit Minimalpaaren bedeuten, dass es Wörter aus ihrem Repertoire sein müssten, um sie auf Einzellaute zu sensibilisieren. Da sie jedoch über einen noch zu geringen Wortschatz verfügt, um dies zu realisieren, sollte bei der Förderung der Schwerpunkt auf der Erweiterung desselben liegen.

Neben der Aussprache kann bei der Durchführung des AVAK auch auf die semantischen Fähigkeiten des Kindes geachtet werden. Dabei tritt nicht nur der Wortschatz in den Blickpunkt, sondern auch, ob das Kind die bildlich dargebotenen Wörter mit Inhalt füllen kann. Insgesamt kann Giuliana mit fast jedem ihr dargebotenen Bild etwas verbinden (s. Semantische Betrachtung der AVAK-Wörter, Anhang I1). Sie nennt bei der Abbildung entweder das

richtige Wort oder die damit verbundene Tätigkeit. Nur drei Wörter benennt sie gar nicht (Mond, Haare, Butter). Im Bereich der Kleidung benennt Giuliana beinahe alle Bilder richtig (bis auf Rock, was auch an der Abbildung liegen könnte). Dagegen ‚belegt‘ sie im semantischen Feld ‚Essen‘ einige Bilder mit der gleichen Äußerung:

Abbildung	Giulianas Äußerung
Tasse	Trinken
Flasche	Trinken
Becher	Trinken
Glas	Große trinken
Küche	Kochen
Topf	Kochen

Interessant ist auch, dass sie von den Bildern, die aus dem Kindergartenalltag stammen, bis auf das Buch keines benennen kann (Schere, Kissen, Treppe, etc.). Somit sollte gerade in Alltagssituationen im Kindergarten vermehrt eine Wortschatzerweiterung stattfinden. Sie kann jedoch mit den Wörtern einen Inhalt verknüpfen, der mit ihnen im Zusammenhang steht (Schere – schneiden, Kissen – schlafen, etc.).

Giuliana zeigt, obwohl sie erst seit etwa zwei Monaten mit dem Cochlea Implantat hören kann, erstaunliche Fortschritte. Im Vergleich zu vor der Operation spricht sie mehr Wörter, artikuliert deutlicher und sind ihre Sätze inhaltsreicher. Davor sprach sie auch sehr viel, doch man hatte eher den Eindruck, dass sie ‚einfach redete‘. Mittlerweile – sehr wahrscheinlich auch bedingt durch das bessere Verstehen – sagt sie beispielsweise:

- Mama päta kaufe (*Mama soll später [Kekse] kaufen*) oder
- Mama Bobo keine, Mama Bobo kaufe (*Mama hat keine Bonbons, Mama soll/muss Bonbons kaufen*).

Der Erzieherin von Giuliana fiel auf, dass sie seit dem Cochlea Implantat noch mehr spricht und sich vor allem im Montagskreis traut, etwas zu sagen. Gerne erzähle Giuliana auch von Vergangenen (z.B. vom letzten Urlaub) und von Zukünftigem (bspw. dass der Papa ihr einen Computer kaufen werde) (s. Gespräch mit der Bezugserzieherin, Anhang C5 und E2). Diese Erzählungen weisen darauf hin, dass sie die Dezentrierungsfähigkeit erworben hat (Kap. V 5.2.2). Sie nimmt ihren Standpunkt nicht mehr als den einzigen wahr und lernt, dass andere nicht von allen ihren Ereignissen wissen.

4. Anregungen zur weiteren Förderung

Giuliana hört mit Cochlea Implantat und Hörgerät besser, als wenn sie nur das Cochlea Implantat trägt. Zudem zeigte sich durch einen Hörtest⁸¹, dass sie Sprache bis 55 db hören und nachsprechen kann. Wenn man bedenkt, dass die normale Sprachlautstärke zwischen 50 und 65 db liegt, kann sie nun – nur zwei Monate nach der Erstanpassung des Cochlea Implantats – normallaute Sprache verstehen. Mit ihr muss also nicht lauter als mit anderen Kindern gesprochen werden! Und auch nicht überdeutlich. Wie SZAGUN (2001) in einer Studie zeigte, wirkt sich *überdeutliches* Sprechen eher negativ auf die sprachliche Entwicklung aus (ebda, 245).⁸² Der Umstand, dass sie nun normallaute Sprache verstehen kann, wirkt sich eventuell auch positiv auf den Kontakt zu anderen Kindern aus. Sie kann diese nun hören, ohne dass die anderen Kinder sich auf eine höhere Lautstärke einstellen müssen. Zudem kann sie durch ihr jetziges Hörvermögen Sprache besser wahrnehmen, auch wenn sie nicht direkt an sie gerichtet ist. Dennoch ist gerade jetzt, da man weiß, dass sie das normallaute Sprechen hören kann, eine Förderung ihrer sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten besonders wichtig. Überlegungen zu der Frage, wie sie im Kindergarten noch besser gefördert werden kann, sollen hier dargelegt werden.

Wie gesehen benötigt Giuliana nicht nur eine Förderung im Bereich der Sprache und Kommunikation, sondern auch im Bereich des gemeinsamen Spielens mit anderen Kindern. Somit sollte ein Ziel der Förderung von Giuliana sein, das gemeinsame Spiel mit anderen Kindern unter besonderer Berücksichtigung der Kommunikation zu intensivieren. Der ungewöhnlichen Lautentwicklung soll (vorerst) keine allzu große Beachtung geschenkt werden, da erst abgewartet werden muss, inwieweit sich dies durch das Hören mit dem Cochlea Implantat bessert. Im Bereich Sprache liegt sicher der vorrangige Schwerpunkt auf der Wortschatzerweiterung. Zudem sollte die Förderung des Hörens in den Kindergartenalltag eingebunden werden. Die Frage ist sicher, wer das alles bewerkstelligen soll. Weder Erzieherinnen noch die Inklusionsassistentin haben einen (sprach-)therapeutischen Auftrag bzw. eine dementsprechende Ausbildung. Doch dies ist auch nicht vonnöten. Sprache und Kommunikation werden in jeder Interaktionssituation, Spielsituation, etc. gebraucht und verwendet. In allem was man mit Kindern tut, spielt Sprache und Kommunikation eine Rolle. Die folgenden Anregungen sind deshalb keine ‚Therapie-Vorschläge‘, sondern sie stellen Möglichkeiten dar, wie im Alltag ohne einen Mehraufwand, Sprache (und gemeinsames Spiel) gefördert werden kann. Förderung und Unterstützung nimmt auch im Orientierungsplan seinen Platz ein:

⁸¹ Bei diesem Hörtest werden dem Kind Wörter (u.a. Puppe, Ei, Uhr, Katze, Hund, Bär, Auto, Mama, Ball) von einer CD vorgespielt, die es in ein Mikrofon nachsprechen soll.

⁸² Dies spricht jedoch nicht gegen eine deutliche und klare Aussprache, so lange diese nicht übertrieben wird.

„Der Erwachsene ist herausgefordert, das Kind in seiner Entwicklung zu unterstützen und zu fördern. Er schafft Impulse in den unterschiedlichsten Bereichen, sei es über die Anregung aller Sinne oder die Gestaltung von Räumen. Er setzt einen Rahmen (zeitlich oder räumlich), welcher der momentanen Entwicklungsphase angemessen ist. Er bietet dem Kind einerseits genügend Sicherheit und andererseits den nötigen Freiraum, Neues zu erobern. Ohne diese wichtigen Elemente würden die Bildungsprozesse des Kindes ins Stocken geraten, wenn nicht sogar verkümmern“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2006, 25).

An vielen Stellen (nicht nur im Orientierungsplan) wird die Förderung im Spiel und des Spiels betont. Im Orientierungsplan ist ein ganzes Kapitel dem Lernen und Spielen gewidmet. Es wird dort dargestellt wie untrennbar diese Bereiche miteinander verknüpft sind. Auf die enge Verbindung zwischen Spiel und Sprache wurde in dieser Arbeit schon an verschiedenen Stellen hingewiesen.⁸³ Am folgenden Fördervorschlag möchte ich konkret zeigen wie eine solche Sprachförderung im Spiel aussehen kann:

- Giuliana zeigte am *Memoryspiel* viel Spaß. Es ließ sich beobachten, dass sie in dieser eng und klar strukturierten Handlungssituation ihre Aufmerksamkeit besser auf die Sprache lenken konnte als im freien Rollen- bzw. Symbolspiel. Memory ist zudem geeignet, um auch *mit anderen Kindern* einen Handlungszusammenhang herzustellen. Es ist kein ‚besonderes Angebot‘, das nur ein Erwachsener initiieren kann, sondern es kann ohne Probleme auch von Kindern begonnen werden. Aufgrund der gleich bleibenden Handlungsabläufe entstehen keine Verständigungsprobleme zwischen den Kindern, die durch Frustration eine Beendigung des gemeinsamen Spiels mit sich bringen würden. Darüber hinaus bietet sich – wie gesehen (Kap. V 5.2.2) – das Regelspiel für die *Förderung der sprachlich-kommunikativen Fähigkeiten* an. Im Sinne eines Formats (Bruner ²1997) enthält es (sprachliche) Strukturen, die vom Kind nach und nach übernommen werden können. Durch das gehäufte Angebot der Wörter und durch Modellierungstechniken (Dannenbauer ⁵2002) kann Giuliana, die ihr noch unbekannten Wörter Schritt für Schritt in ihr Repertoire aufnehmen bzw. die Aussprache ihrer Wörter verbessern. Dies könnte zusätzlich durch die Handzeichen des Phonembestimmten Manualsystems (PMS) (s. Kap. V 5.3 u. Anhang V1-V3) erreicht werden. Von der Logopädin werden mit Hilfe dieser Handzeichen Konsonanten am Wort- oder Silbenanfang verdeutlicht. Dies im Kindergarten ebenfalls zu tun, wäre sinnvoll. Voraussetzung dafür ist natürlich, dass Inklusionsassistentin und Erzieherin(nen) bereit sind diese zu lernen und anzuwenden. Die Handzeichen müssen und sollen nicht bei jedem Wort, das man mit Giuliana spricht, eingesetzt werden. Schon allein die Verdeutlichung der Frikative, die sie schlecht wahrnehmen kann, wäre ein sinnvoller Beginn. Gerade in strukturierten (Regel-)Spielsituationen kann man sich auch als Erwachsener auf solche Dinge einlassen.

⁸³ s. Kap. V 2, V 4.1, V 5.2 und VI 3.1

Das Memory dient – wie erwähnt – zudem als Möglichkeit der Wortschatzerweiterung und kann Giuliana bei der Wahrnehmung und dem Verständnis kommunikativer Abläufe helfen. Neben dem Benennen der einzelnen Bilder und der Unterstützung des Kindes, wenn es etwas nicht benennen kann, spielt die Auswahl der Wörter eine bedeutende Rolle. Es sollten zum einen Wörter aus Giulianas Alltag gewählt werden bzw. solche, die sie im Alltag gebrauchen kann. So könnten auch eigene Memoryspiele zu bestimmten semantischen Feldern (Lebensmittel, Weihnachten,...) gebastelt werden. Bei der Auswahl der Wörter sollten auch die Wortstrukturprozesse beachtet werden und deshalb ganz bewusst ein bis zwei drei- oder viersilbige Wörter hinzugezogen werden. Jedoch würde eine Memory, die nur aus drei- und mehrsilbigen Wörtern besteht, Giuliana überfordern. Neben dem Benennen der Wörter ist auch die Einbettung in einen – für Giuliana – relevanten Kontext wichtig. Gerade, wenn ihr die Wörter unbekannt sind, ist es sinnvoll diese nicht nur zu benennen, sondern auch in einen Zusammenhang mit ihrer Lebenswelt zu bringen. Dadurch kann ein Wort gehäuft auftreten, ohne es einfach nur mehrmals zu wiederholen,⁸⁴ z.B. bei der Memorykarte ‚Brot‘ wäre denkbar: ‚Schau mal, Giuliana. Das ist das Brot. Brot kann man essen. Mmmh, lecker, das Brot.‘ oder auch: ‚Das Brot kann man essen. Vorhin hast Du (beim Frühstück) auch Brot gegessen. War das Brot gut?‘.⁸⁵ „Sprachförderung im Bereich der Semantik muss themenorientiert sein, dabei hat sie ein gewisses Wortschatzrepertoire auszuwählen und es in Verbindung mit nichtsprachlichen und sprachlichen Bereichen in den Mittelpunkt der therapeutischen Situation zu stellen. Auch hier spielt sowohl Sprache zu verstehen als auch Sprache zu äußern eine bedeutsame Rolle“ (Füssenich⁵ 2002, 97).

Eine Wortschatzerweiterung findet natürlich nicht nur im (gemeinsamen) Spiel statt. Mindestens genauso bedeutsam sind alltägliche Routinehandlungen, wie z.B. das Essen, die BRUNER als *(Alltags-)Formate* bezeichnet (s. Kap. V 2). Gerade bei diesen können sprachliche und kommunikative Fähigkeiten gefördert werden. Bezogen auf Giuliana bedeutet dies:

- *Sprachförderliche Situationen* sollten genutzt werden. In Giulianas Kindergarten werden zum Mittagessen kleinere Gruppen gebildet, die in jeweils getrennten Räumen essen. So isst Giuliana mit etwa acht weiteren Kindern und ein bis zwei Erzieherinnen in einem separaten Zimmer. Diese Situation sprachfördernd zu nutzen bietet sich – nicht nur für Giuliana – gut an, da der Lärmpegel (Störschall) relativ gering ist. Zudem betreut eine Erzieherin nur eine kleinere Gruppe von Kindern und kann sich auf sie einlassen, da für eine gute Dreiviertelstunde ‚nur‘ Mittagessen ‚auf dem Programm steht‘. Täglich kommt Giuliana mit den gleichen Gegebenheiten und auch Gegenständen in Berührung. So geht es jeden Tag darum die *Tasse* und den *Teller* vom *Tisch* wegzuräumen oder mit dem *Messer* das *Brot*

⁸⁴ Bloße wörtliche Wiederholungen der kindlichen Aussagen erwiesen sich bei Kindern mit Cochlea Implantaten - nach einer Studie von SZAGUN (2001) nicht als förderlich für die Sprachentwicklung (ebda, 256),

⁸⁵ Dies sind nur Beispiele, um zu verdeutlichen wie die Einbettung eines Wortes erfolgen kann. Dabei sind viele Varianten denkbar.

zu *schneiden*, etc. Durch die kursiv gedruckten Wörter lässt sich erkennen, wie viel Wortschatzarbeit in dieser – für manche eventuell unbedeutenden – Situation ‚Mittagessen‘ geleistet werden kann. Diese Aufzählung ließe sich endlos weiterführen.⁸⁶ Gerade für Giuliana, die im Bereich des semantischen Feldes ‚Essen‘ bei der Überprüfung durch AVAK noch undifferenzierte Äußerungen zeigte (vgl. Anhang I1), wäre dies eine weitere sinnvolle Fördermöglichkeit im Bereich der Sprache und Kommunikation. Es wird deutlich, dass die Erweiterung des Wortschatzes nicht mit Hilfe eines Trainingsprogramms, das routinemäßig durchgeführt wird, erfolgen sollte. „Stattdessen ist eine Einbettung in einen sprachlich-situativen Zusammenhang vorzunehmen...“ (Grohnfeldt ⁴1997, 87).

- Ein weiteres *Alltagsformat* stellt im Kindergarten das *Bücherlesen* dar. Im Kindergarten hat dies bei Giuliana vor allem die Inklusionsassistentin genutzt (s. Kap. VI 1.1 und VI 2.2), weshalb ich an dieser Stelle nicht näher darauf eingehen werde. In diesem Zusammenhang lässt sich jedoch eine weitere Fördermöglichkeit nennen, die bei Giuliana sowohl von der Logopädin als auch von der Inklusionsassistentin ausprobiert wurde. Beide gestalteten mit Giuliana ein Buch, indem ihre Erlebnisse festgehalten wurden (vgl. Kap. II 3.2). Da momentan beide nicht mehr damit arbeiten, könnte dies wieder angeregt werden. Sinnvoll fände ich, wenn es nur *ein* Buch geben würde, das Giuliana mit nach Hause nehmen kann und das nicht im Kindergarten bleibt. So dient es ihr nicht nur als Erinnerung an Vergangenes, sondern schafft zu Hause in der Familie oder bei der Logopädin sprach- und kommunikationsförderliche Situationen. Über Erlebnisse, die durch eingeklebte Fotos und (selbst)gestaltete Bücherseiten ‚haltbar‘ gemacht werden, wird Giuliana sicherlich gerne berichten. Sie wird zudem, wenn sie zu Hause vom Kindergarten erzählt, besser verstanden werden. Viele Anregungen zur Gestaltung solcher persönlicher Erlebnisbücher finden sich bei Gisela BATLINER (2001, 140f).
- Neben der Sprachförderung spielt bei Kindern mit Hörschädigungen die *Hörschulung* eine wichtige Rolle. Im Kindergarten ist eine explizite Hörerziehung nicht sinnvoll. Vielmehr sollte die Förderung der auditiven Kompetenzen im Alltag stattfinden. Das Kind, in diesem Fall Giuliana, sollte immer wieder auf Geräusche aufmerksam gemacht werden. Giuliana konnte viele Alltagsgeräusche bisher nicht wahrnehmen und muss diese, da sie mit dem Cochlea Implantat zumindest einige davon nun hören kann, erst kennen lernen. Auf unbekannte Geräusche kann die Wahrnehmung gelenkt („Hör mal! mit gleichzeitigem Zeigen auf das Ohr) und dem Geräusch ‚nachgegangen‘ werden („Wo kommt das her?). Ist aufgeklärt, um

⁸⁶ So benötigt man zum *Joghurtessen* einen *Löffel*, die *Mandarine* muss *geschält* werden und die *Flasche Mineralwasser* in der *Küche* geholt werden,...

was es sich handelt, kann auf das betreffende Objekt – im Sinne der oben dargestellten Wortschatzerweiterung – eingegangen werden.⁸⁷

- *Gemeinsames Spielen* mit anderen Kindern lässt sich natürlich nicht nur im Regelspiel fördern. Freie Spielsituationen bieten sich ebenfalls an (s. auch Kap. III 3.3). Nach HEIMLICH (1995, 270), sollten als primäre Interventionsform viele Parallelspielsituationen von behinderten und nichtbehinderten Kindern ermöglicht werden. Zudem sollte auf die Auswahl des Spielmaterials geachtet werden, da Zusammenhänge zwischen Spielmaterialien und sozialer Spieltätigkeit bestehen. Der Raumgestaltung kommt ebenfalls eine bedeutende Funktion zu (ebda, 271). Da die vorgeschlagenen Spielmaterialien beinahe alle im Kindergarten von Giuliana zu finden sind und auch die Hinweise bezüglich der Raumgestaltung in jedem Raum nahezu verwirklicht sind, kommt evtl. die Frage auf, was noch getan werden kann. Bisher wurde jedoch noch gar nicht auf die aktive Rolle der Erzieherinnen bzw. sonstigen pädagogischen Fachkräfte eingegangen. Große Bedeutung für das kooperative Spiel hat neben den genannten Faktoren, nämlich die Unterstützung durch die Erzieherinnen. „Ermutigungen von Versuchen der Kontaktaufnahme ... (z.B. Hinweise auf sprachliche Äußerungen eines Spielpartners) können hier bereits positive Effekte erzielen“ (Heimlich 1995, 271). Um vom Beobachtungs- und Alleinspiel zum Spiel mit anderen Kindern zu kommen, brauchen Kinder Anregungen (Heimlich 2003, 92). Dies wird auch im Orientierungsplan aufgegriffen: „Weniger aktive und wenig initiative Kinder brauchen sehr viel mehr Anregungen, Unterstützung sowie geeignetes Spielmaterial. Dies trifft in besonderem Maße auf Kinder mit Beeinträchtigungen in ihrer Entwicklung oder mit Behinderungen zu“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2006, 36).
- Die *Kinder* im Kindergarten sollten mit Giulianas Hörschädigung und Cochlea Implantat *vertraut gemacht* werden. Wie die Erzieherin berichtete (s. Anhang C1-C11), gab es eigentlich keine Probleme zwischen Giuliana und den anderen Kindern aufgrund ihrer Hörschädigung. In der letzten Zeit beobachtete ich jedoch mehrmals, dass ein Junge (er ist erst seit Herbst in diesem Kindergarten), Giuliana auslachte und nachmachte, weil sie etwas (undeutlich) gesagt hatte. Andere Kinder lachten – zumindest in einer der Situationen – mit. Im Orientierungsplan wird zu diesem Thema gefragt: „Wodurch kann der Kindergarten sichern, dass auch ein behindertes oder chronisch krankes Kind sich mit seinen individuellen Voraussetzungen angenommen fühlt?“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2006, 77). Gerade diesem Jungen zu erklären, was Giuliana hat, warum sie ein CI und ein Hörgerät trägt und warum sie schlecht spricht, halte ich für eine Möglichkeit, um das Gefühl des ‚Angenommensein‘ zu sichern. Doch nimmt der Orientie-

⁸⁷ Im oben genannten Buch von BATLINER (2001) finden sich ebenfalls viele Vorschläge zur Hörschulung im Alltag.

rungsplan hier auch die Perspektive des Jungen ein und fragt: „Welche Möglichkeiten hat das Kind von blinden oder gehörlosen Menschen zu erfahren und zu erkennen, wie ein Sinn dem anderen aushelfen kann und welche Hilfsmittel es gibt?“ (ebda, 87). Bilderbücher, die das Cochlea Implantat thematisieren, dienen nicht nur zur Aufklärung von anderen Kindern, sondern zeigen Giuliana auch, dass sie mit ihrem Cochlea Implantat nicht alleine ist und das nicht nur zu der Zeit, wenn sie gerade in der Rehabilitation ist. Zudem fiel mir auf, dass Giuliana hin und wieder von anderen Kindern ‚bemuttert‘ wird (s. auch Gespräch mit der Bezugserzieherin, Anhang C1-C11). Dabei kann Giuliana sehr selbständig sein und sollte sich nicht ‚zurücklehnen‘ können, sondern durchaus auch (heraus)gefordert werden.

- Zur Verbesserung der Integration könnte zwar durchaus auch der *Index für Inklusion* (Booth/Ainscow/Kingston 2006) hinzugezogen und durchgeführt werden. Meiner Meinung nach wäre er in diesem Fall jedoch nicht sinnvoll. Der Kindergarten wird u.a. bei der Implementierung des Orientierungsplans wissenschaftlich begleitet, durch die Pilotphase desselben stehen immer wieder Fortbildungen an (vor allem in den Bereichen ‚Beobachtung und Dokumentation‘) und zudem wurden in Reutlingen, die ‚Eingewöhnungsstandards‘, die alle neu aufgenommenen Kinder und damit auch die Erzieherinnen betreffen, eingeführt. Dies ist nur ein Ausschnitt dessen, was die Erzieherinnen gerade leisten und womit sie zur Zeit belastet werden. Ich denke, dass es deshalb wenig Sinn machen würde, nochmals etwas Neues einzuführen. In diesem Fall halte ich die individuelle Perspektive für angemessen, um auf diesem Wege zu versuchen, das Bestmögliche für Giuliana zu erreichen.
- Auch würde ich mir für Giuliana eine noch bessere *Kooperation* wünschen. Wie gesehen, erfuhr die Bezugserzieherin erst spät, wie die Inklusionsassistentin arbeitet; die Logopädin stellte parallel zur Inklusionsassistentin ein Buch her; der Kindergarten weiß nur wenig (bis gar nichts) von den Ergebnissen der Hörtests; im Kindergarten hat man keine Vorstellung davon, wie die Logopädin arbeitet, etc. Es soll nun aber auch nicht ein allzu negativer Eindruck entstehen. Ich möchte durchaus nochmals auf den guten Austausch zwischen Eltern, Kindergarten und Inklusionsassistentin hinweisen. In vielen ‚Tür-und-Angel‘-Gesprächen wird besprochen, was einen gerade belastet, mit was man unzufrieden ist oder was einen – im Bezug auf Giuliana – glücklich und optimistisch stimmt. Mir ist durchaus bewusst, dass es schwierig ist die Kooperation zu intensivieren, auch wenn es ausdrücklich vom Orientierungsplan gefordert wird:

„Um eine erfolgreiche Integration des behinderten oder chronisch kranken Kindes in den Kindergarten zu ermöglichen und es seinen Anlagen gemäß zu fördern, müssen die Erzieherinnen über die Behinderung bzw. Krankheit und die daraus resultierenden Förderbedürfnisse informiert sein. Dies gelingt nur, wenn Erzieherinnen, Eltern, behandelnde Kinderfachärzte sowie Ansprechpartnerinnen und An-

sprechpartner der Frühförderung vertrauensvoll zusammen arbeiten und sich austauschen.“ (Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg 2006, 42)

Schwierig vor allem deshalb, weil keine oder nur wenige Stunden für die Kooperation zur Verfügung stehen. Die Inklusionsassistentin hat zwar wöchentlich eine halbe Stunde mehr zur Verfügung, als sie tatsächlich mit dem Kind arbeitet. Diese soll sie jedoch nicht nur für die reine Kooperation nutzen, sie ist ebenfalls gedacht zur Vorbereitung sowie für organisatorische und formale Dinge. Die Logopädin hingegen hat für die Kooperation gar keine Stunden zur Verfügung. Setzt sie sich mit dem Kindergarten oder sonstigen Fachkräften z.B. telefonisch in Verbindung, tut sie dies in ihrer Freizeit (vgl. auch Schmidt 1999, 37f).

Reflexion

Durch die ausführliche Beschäftigung mit dem Orientierungsplan wurde mir bewusst, wie viele Forderungen dieser an die Kindergärten stellt. Das ist zwar sicherlich sinnvoll, um so den Bildungsort Kindergarten zu stärken. Dennoch sollte neben den gemachten Vorgaben, welche ab dem Kindergartenjahr 2009/2010 verbindlich sind, konkreter aufgezeigt werden, wie diese umgesetzt werden können. Die Pilotphase, in der sich der Orientierungsplan gerade befindet, sowie die wissenschaftliche Begleitung werden zeigen, ob sich die Vorgaben des Orientierungsplans in den Kindergärten realisieren lassen und auch, ob die gegebenen Umsetzungshinweise ausreichend sind. Bewusst wurde deshalb für die Erprobungsphase ein Zeitraum von drei Jahren gewählt, um so auch Verbesserungsvorschläge aufnehmen zu können. Für mich war es spannend, an einem Fallbeispiel zu erkennen, was schon jetzt und in welchem Maße im Kindergarten umgesetzt wird. Dabei fielen mir jedoch auch kritische Punkte auf, welche ich am Beispiel der Sprachförderung in Kapitel V 1 dargestellt habe. Unter anderem wird als Lernmöglichkeit für Kinder meist nur das Spiel genannt, vom Lernen in alltäglichen Routinehandlungen, den sogenannten ‚Formaten‘ (Bruner ²1997) steht nichts im Orientierungsplan.⁸⁸ Es wird auf vieles hingewiesen: auf das, was für die kindliche Entwicklung bedeutsam ist, auf die Chancen der gemeinsamen Erziehung von Kindern mit und ohne Behinderung, die einzelnen Bildungs- und Entwicklungsfelder, etc. Aussagen zur praktischen Umsetzung gibt es wenige, so dass die Fortbildungen den Erzieherinnen hoffentlich Anregungen geben.

Die Kooperation, so wie sie im Orientierungsplan gefordert wird, ist für eine Förderung, bei der das Kind im Zentrum der Betrachtung steht, unerlässlich. Eine solch enge Zusammenarbeit muss jedoch erst noch ‚gelernt‘ werden. Die Beteiligten müssen die Notwendigkeit zur Kooperation erfahren. Es muss ein Prozess des Umdenkens in Gang kommen. Zudem müsste es für eine erfolgreiche Kooperation, meiner Meinung nach, bezahlte Kontingentsstunden geben. Wie dargestellt (Kap. VI 4) bekommt z.B. eine Logopädin für die Zeit, die sie für die Kooperation verwendet, kein Geld. Das was sie in diesem Bereich investiert, geschieht in ihrer Freizeit. Um die Kooperation zu ‚lernen‘ und selbstverständlicher zu machen, hat die Integration von Kindern mit Behinderung eine Vorbildfunktion. Hier wird Kooperation durch die ‚Runden Tische‘, die Teilnahme der Inklusionsassistentin an Teamsitzungen und der Austausch zwischen den Therapeuten ausdrücklich gefordert. Haben die beteiligten Personen dadurch erfahren wie wichtig der Austausch über die Kinder und die eigene Arbeitsweise ist, können sie das evtl. auch auf andere Kooperationen übertragen. Dennoch ist – wie gesehen (Kap. II 3.2 und VI 4) – die Kooperation bei Giuliana noch ausbaufähig. So über-

⁸⁸ Nur von Wiederholungen, die im Gedächtnis Spuren hinterlassen (Ministerium für Jugend, Kultus und Sport Baden-Württemberg 2006, 27).

raschte mich doch sehr, dass, als ich mit meiner Arbeit anfang, keinerlei ‚Akte‘ – wie man es sonst bei Kindern mit Behinderung kennt – im Kindergarten vorhanden ist.

Sehr spannend gestaltete sich für mich die Arbeit mit Giuliana. Da sie erst seit November mit ihrem Cochlea Implantat hören kann, erlebte ich sie in einem Zeitraum, der für sie viele Veränderungen brachte. Durch sie habe ich mich mit Hörschädigungen und Cochlea Implantaten auseinandergesetzt und was noch bedeutender für mich war: Ich erhielt vielfältige und für mich gewinnbringende Einblicke. So hospitierte ich zum Beispiel mehrere Male bei der Logopädin, kooperierte mit der Inklusionsassistentin und den Erzieherinnen, nahm an einem ‚Runden Tisch‘ teil, etc. und erhielt somit einen umfassenden Einblick in die Praxis. Darüber hinaus konnte ich mit Giuliana eine sprachtherapeutische Diagnostik durchführen, die für mich – mit einem hörgeschädigten Kind – etwas völlig Neues darstellte und sehr interessant war. Spannend war auch die Durchführung der Spielbeobachtungsbogen, die nicht nur meine Vermutung, sondern auch die der Inklusionsassistentin und der Erzieherin bestätigten.

Ich denke und hoffe, dass ich ihr durch meine Betreuung, Diagnostik und vor allem durch die Fördervorschläge (Kap. VI 4) einen Teil davon, an dem was sie und ihre Familie mir ermöglichen haben, zurückgeben kann. Die Offenheit und Kooperationsbereitschaft, die ich vonseiten der Erzieherinnen und Inklusionsassistentin erfahren habe, lässt mich aus gutem Grund hoffen, dass die von mir gemachten Fördervorschläge ausprobiert werden. Um dies zu gewährleisten werde ich auch weiter mit der Inklusionsassistentin und der Bezugserzieherin zusammenarbeiten. Ich denke, dass ich ein umfassendes Bild von Giuliana entwickeln und im Sinne von ‚Was kann das Kind? Was braucht das Kind? Was muss es noch lernen?‘ darstellen konnte.

Literatur

- Andresen, Helga* (2002a): Interaktion, Sprache und Spiel. Zur Funktion des Rollenspiels für die Sprachentwicklung im Vorschulalter, Tübingen
- Andresen, Helga* (2002b): Spiel, Interaktion und Dekontextualisierung von Sprache vor Schulbeginn. In: Der Deutschunterricht, Heft 3, S. 39-46.
- Batliner, Gisela* (2001): Hörgeschädigte Kinder spielerisch fördern: ein Elternbuch zur frühen Hörerziehung, München
- Battmer, Rolf-Dieter* (1998): Technische Aspekte der verschiedenen Codierungsstrategien und Implantatsysteme. In: Lenarz, Thomas (Hrsg.): Cochlea-Implantat. Ein praktischer Leitfaden für die Versorgung von Kindern und Erwachsenen, Berlin, S. 70-82
- Bertram, Bodo* (1998): Rehabilitationskonzept bei Kindern. In: Lenarz, Thomas (Hrsg.): Cochlea-Implantat. Ein praktischer Leitfaden für die Versorgung von Kindern und Erwachsenen, Berlin, S. 108-121
- Boenninghaus, Hans-Georg* (1996): Hals-Nasen-Ohrenheilkunde für Studierende der Medizin, 10. Aufl., Berlin
- Booth, Tony / Ainscow, Mel* (2003): Index für Inklusion. Lernen und Teilhabe in der Schule der Vielfalt entwickeln, Halle
Übersetzt, für deutschsprachige Verhältnisse bearbeitet und herausgegeben von:
Ines Boban und Andreas Hinz
- Booth, Tony/ Ainscow, Mel/ Kingston, Denise* (2006): Index für Inklusion (Tageseinrichtungen für Kinder). Lernen, Partizipation und Spiel in der inklusiven Kindertageseinrichtung entwickeln, Deutschsprachige Ausgabe, Frankfurt
- Brand, Ingelid* (1988): Kreatives Spielen, Entwicklungsförderung mit dem Pertra-Spielsatz, Dortmund
- Bruner, Jerome S.* (1990): Das Unbekannte denken, Stuttgart
- Bruner, Jerome S.* (1997): Wie das Kind sprechen lernt, 2. Aufl., Bern
- Bürki, Dominique* (2002): Einfach nur spielen? Symbolspiele in der Therapie. In: Zollinger, Barbara (Hrsg.): Wenn Kinder die Sprache nicht entdecken. Einblicke in die Praxis der Sprachtherapie, Bern
- Bürki, Dominique* (1998): Vom Symbol- zum Rollenspiel. In: Zollinger, Barbara (Hrsg.): Kinder im Vorschulalter. Erkenntnisse, Beobachtungen und Ideen der Welt der Drei- bis Siebenjährigen, Bern, S. 11-47
- Chomsky, Noam* (1978): Aspekte der Syntaxtheorie, 2. Aufl., Frankfurt am Main
- Coninx, Frans* (2003): Sekundäre Sprachentwicklungsstörungen bei Hörschädigungen. In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Bd. 2: Erscheinungsformen und Störungsbilder, 2. Aufl., Stuttgart, S. 126-137
- Dehn, Mechthild* (1994): Schlüsselszenen zum Schriftspracherwerb. Arbeitsbuch zum Lese- und Schreibunterricht in der Grundschule, Weinheim

- Dannenbauer, Friedrich Michael* (2002): Grammatik. In: Baumgartner, Stephan/ Füssenich, Iris (Hrsg.): Sprachtherapie mit Kindern. Grundlagen und Verfahren, 5. Aufl., München, S. 105-161
- Engemann, Christa* (2006): Die Kinderperspektive stärken! Der Orientierungsplan für Kindergärten geht in die Pilotphase. In: KiTa aktuell Baden-Württemberg, Heft 6, S. 124-127
- Feuser, Georg* (1987a): Gemeinsame Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder im Kindertagesheim. Ein Zwischenbericht, 4. Aufl., Bremen
- Feuser, Georg* (1987b): Unverzichtbare Grundlagen und Formen der gemeinsamen Erziehung behinderter und nichtbehinderter Kinder in Kindergarten und Schule. In: Kniel, Adrian (Hrsg.): Integration behinderter Kinder im Vorschulalter. Modelle und Perspektiven, Kassel, S. 35-74
- Feuser, Georg (Hrsg.)* (2003): Integration heute – Perspektiven ihrer Weiterentwicklung in Theorie und Praxis, Band 1, Frankfurt am Main
- Frühauf, Theo u.a.* (1999): Geistig behinderte Kinder und Jugendliche in Deutschland heute. In: Geistige Behinderung, Heft 2, S. 115-131
- Fthenakis, Wassilios E./ Sperling, Hildegard* (1982): Wenn das Kind alleine spielt. Der Stellenwert des kindlichen Alleinspiels. In: Spielmittel, Heft 3, S. 39-42
- Füssenich, Iris* (1987): Gestörte Kindersprache aus interaktionistischer Sicht. Fragestellungen, methodische Überlegungen und pädagogische Konsequenzen, Heidelberg
- Füssenich, Iris* (1990): ‚Ich weiß nicht, was soll es bedeuten!‘. Analyse kindlicher Äußerungen in der Interaktion. In: Die Sprachheilarbeit (35. Jg.), Heft 2, S. 56-63
- Füssenich, Iris* (2002): Semantik. In: Baumgartner, Stephan/ Füssenich, Iris (Hrsg.): Sprachtherapie mit Kindern. Grundlagen und Verfahren, 5. Aufl., München, S. 63-104
- Füssenich, Iris* (2003): Pädagogische Förderung bei Beeinträchtigungen der sprachlichen Kommunikation. In: Leonhardt, Annette/ Wember, Franz B. (Hrsg.): Grundfragen der Sonderpädagogik. Bildung. Erziehung. Behinderung, Weinheim, S. 421-440
- Füssenich, Iris/ Heidtmann, Hildegard* (1984a): Bedeutung und Anwendung der Gesprächsanalyse innerhalb von Sprach- und Kommunikationsdiagnostik. In: Sonderpädagogik (14. Jg.), Heft 2, S. 49-62
- Füssenich, Iris/ Heidtmann, Hildegard (Hrsg.)* (1984b): Kommunikation trotz ‚Sprachstörungen‘, Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie (OBST), Beiheft 8, Osnabrück
- Füssenich, Iris/ Heidtmann, Hildegard* (1995): Formate und Korrekturen als zentrale Elemente in der Sprachtherapie: Das Beispiel Mirco. In: Wagner, K. R. (Hrsg.): Sprachhandlungserwerb, Essen, S. 102-122
- Grohnfeldt, Manfred* (1997): Grundlagen der Therapie bei sprachentwicklungsgestörten Kindern, 4. Aufl., Berlin
- Hacker, Detlef* (1999): Aussprachestörungen bei Kindern. Ein Arbeitsbuch für Logopäden und Sprachtherapeuten, München
- Hacker, Detlef* (2002): Phonologie. In: Baumgartner, Stephan/ Füssenich, Iris (Hrsg.): Sprachtherapie mit Kindern. Grundlagen und Verfahren, 5. Aufl., München, S. 13-62

- Hacker, Detlef* (2004): S-Bahn ist keine Essbahn – Kritische Anmerkungen zum Training phonologischer Bewusstheit. In: Lüdke, Ulrike (Hrsg.): Fokus: Mensch. Subjektzentrierte Unterrichts- und Therapiemodelle in der Sprachbehindertenpädagogik, Würzburg, S. 141-154
- Hacker, Detlef/ Wilgermein, Herbert* (2002a): AVAK-Test. Analyseverfahren zu Aussprachestörungen bei Kindern, 2. Aufl., München
- Hacker, Detlef/ Wilgermein, Herbert* (2002b): Aussprachestörungen (Phonetik, Phonologie). In: Grohnfeldt, Manfred (Hrsg.): Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie, Band 3: Diagnostik, Prävention und Evaluation, Stuttgart, S. 148-159
- Hartrampf, Rainer* (1998): Indikation, Kontraindikation und Voruntersuchung bei Kindern. In: Lenarz, Thomas (Hrsg.): Cochlea-Implantat. Ein praktischer Leitfaden für die Versorgung von Kindern und Erwachsenen, Berlin, S. 95-107
- Heimlich, Ulrich* (1995): Behinderte und nichtbehinderte Kinder spielen gemeinsam. Konzept und Praxis integrativer Spielförderung, Bad Heilbrunn
- Heimlich, Ulrich* (2001): Einführung in die Spielpädagogik. Eine Orientierungshilfe für sozial-, schul- und heilpädagogische Arbeitsfelder, 2. überarb. und erweit. Aufl., Bad Heilbrunn
- Heimlich, Ulrich* (2003): Integrative Pädagogik. Eine Einführung, Stuttgart
- Heimlich, Ulrich/ Höltershinken, Dieter* (Hrsg.) (1994): Gemeinsam spielen. Integrative Spielprozesse im Regelkindergarten, Seelze-Velber
- Heinze, Ursula* (1987): Bedeutung des Rollenspiels für Vorschulkinder mit Rückständen bzw. Verzögerungen der Sprachentwicklung. In: Sonderschule (32. Jg.), Heft 5, S. 264-275
- Herzogenrath, Marlis* (1992): Mein Weg aus der Stille. Nach Schwerhörigkeit und Taubheit ein neues Hören mit dem CI, Heidelberg
- Hinz, Andreas* (1993): Heterogenität in der Schule. Integration – Interkulturelle Erziehung – Koedukation, Hamburg
- Küspert, Petra/ Schneider, Wolfgang* (2002): Hören, lauschen, lernen. Sprachspiele für Kinder im Vorschulalter – Würzburger Trainingsprogramm zur Vorbereitung auf den Erwerb der Schriftsprache. Hören, lauschen, lernen – Sprachspiele für Vorschulkinder, 3. Aufl., Göttingen
- KVJS (Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg)* (2006): Informationen zur Betreuung und Förderung von Kindern mit Behinderung in Kindertageseinrichtungen, Stuttgart (zu beziehen über www.kvjs.de)
- Leist, Anja* (2003): Sprachförderung im Elementarbereich. In: Bredel, U./ Günther, H./ Klotz, P./ Ossner, J./ Sibert-Ott, G. (Hrsg.): Didaktik der deutschen Sprache – ein Handbuch, Bd. 2, Paderborn, S. 673-683
- Lenarz, Thomas* (Hrsg.) (1998): Cochlea-Implantat. Ein praktischer Leitfaden für die Versorgung von Kindern und Erwachsenen, Berlin
- Leonhardt, Annette* (1999): Hörschädigung. In: Bundschuh, Konrad/ Heimlich, Ulrich/ Krawitz, Rudi (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik, Bad Heilbrunn, S. 134-137

- Lesinski-Schiedat, Anke/ Bertram, Bodo/ Lenarz, Thomas* (2006): Cochlea Implantat bei kleinen Kindern. In: Bahr, Reiner/ Claudia, Iven (Hrsg.): Sprache – Emotion – Bewusstheit. Beiträge zur Sprachtherapie in Schule, Praxis, Klinik, Idstein, S. 290-296
- Markowetz, Reinhard* (1997): Soziale Integration von Menschen mit Behinderung. In: Cloerkes, Günther (Hrsg.): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung, Heidelberg, S. 187-237
- Merz-Atalik, Kerstin* (2006): Integration und Inklusion. In: Hengen, G./ Stein, R. (Hrsg.): Kompendium Sonderpädagogik, Bad Heilbrunn, S. 248-260
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden Württemberg* (2006): Orientierungsplan für Bildung und Erziehung für die baden-württembergischen Kindergärten. Pilotphase, Weinheim und Basel
- Möhring, Heinrich* (1938): Lauttreppe. In: Möhring, Heinrich: Lautbildungsschwierigkeiten im Deutschen. Eine phonetisch-pädagogische Untersuchung als Beitrag zur Fibelfrage vom Standpunkte des Heilpädagogen auf Grund statistischer Erhebungen an 2102 stammelnden Schulkindern im deutschen Sprachgebiet, Zeitschrift für Kinderforschung, 47. Band, Heft 4, S. 185-235
- Oerter, Rolf* (1997): Psychologie des Spiels, 2. neu ausgest. Aufl., Weinheim
- Osburg, Claudia* (1996): Spielmaterialien zur Förderung von Kindern mit Aussprachestörungen. In: Praxis Grundschule, Heft 3, S. 26-33
- Pelzer, Susanne* (1990): Darstellung aktueller Projektergebnisse: Integrative Arbeit aus Sicht der Erzieherinnen. In: Gemeinsam leben, Sonderheft 3, S. 38-53
- Piaget, Jean* (1975): Das Erwachen der Intelligenz beim Kind, Gesammelte Werke Bd. 1, Stuttgart
- Renzelberg, Gerlinde* (2001): Schwerhörigkeit, Schwerhörige, Schwerhörigenpädagogik. In: Antor, Georg/ Bleidick, Ulrich (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis, Stuttgart, S. 128-131
- Salamanca-Erklärung* (1996): Pädagogik für besondere Bedürfnisse. Die Salamanca Erklärung und der Aktionsrahmen zur Pädagogik für besondere Bedürfnisse. Angenommen von der Weltkonferenz 'Pädagogik für besondere Bedürfnisse: Zugang und Qualität', Salamanca (Spanien) am 7.-10.06.1994. Deutschsprachige Ausgabe: Österreichische UNESCO-Kommision Linz
- Schindler, Hannes* (2006): 'Bildungsnotwendigkeit hören?' Gehörlose Kinder und das Cochlea Implantat. In: mitSPRACHE, Heft 2-3, S. 51-69
- Schmidt, Susanne* (1999): Das behinderte Kind im allgemeinen Kindergarten aus der Sicht der Logopädie. In: Das behinderte Kind im allgemeinen Kindergarten. Anregungen zur praktischen Begleitung der Integration aus der Sicht verschiedener Disziplinen. Dokumentation der Fachtagung vom 27.04.1999 in Stuttgart-Vaihingen, S. 32-40
- Senf, Dorothea* (2004): Cochlea-Implantat – mit dem CI leben, hören und sprechen. Ein Ratgeber für Eltern, Idstein
- Singer, Peter* (2002): Praktische Ethik, 2. rev. und erw. Aufl., Stuttgart

Szagun, Gisela (2001): Wie Sprache entsteht. Spracherwerb bei Kindern mit normalem und beeinträchtigtem Hören, Weinheim und Basel

UNESCO (1994): The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education. Access and Quality. Salamanca (Spanien), 7.-10.06.1994

Thiel, Monika (2000): Logopädie bei kindlichen Hörstörungen. Ein mehrdimensionales Konzept für Therapie und Beratung, Berlin

Wildegger-Lack, Elisabeth (2006): Aussprachestörungen im Wandel der Zeit. Historischer Rückblick auf 50 Jahre Aussprachestörungen in Deutschland. In: Die Sprachheilarbeit (51. Jg.), Heft 2, S. 68-74

Wirth, Günter (1994): Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen, 4. überarb. Aufl., Köln

Wisotzki, Karl Heinz (2001): Gehörlosigkeit, Gehörlose, Gehörlosenpädagogik. In: Antor, Georg/ Bleidick, Ulrich (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis, Stuttgart, S. 106-109

Wygotski, Lew S. (2002): Denken und Sprechen, Weinheim (Übersetzung nach dem Original von 1934)

Zollinger, Barbara (1999): Die Entdeckung der Sprache, 4. Aufl., Bern

Zollinger, Barbara (2004): Spracherwerbsstörungen. Grundlagen zur Früherfassung und Frühtherapie, 7. Aufl., Bern

Verwendete Internetseiten (Ausdrucke im Anhang):

- J <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/zahlenspiegel2005/10-integration-von-kindern-mit-behinderung-in-tageseinrichtungen.html> (DJI Zahlenspiegel) (Stand: 30.12.2006)
- K <http://bidok.uibk.ac.at/library/gl3-98-kinder.html> (Dittrich 1998) (Stand: 30.11.2005)
- L <http://bidok.uibk.ac.at/library/feuser-thesen.html> (Feuser 1996) (Stand: 03.10.2005)
- M <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/049-010k.htm> (DGPP) (Stand: 30.12.2006)
- N <http://www.dciq.de/informatinsmaterial.htm> (Infobroschüre DCIG) (Stand 24.11.2006)
- P http://www.elektro.de/index.php?content_id=4963&main_category=medizintechnik (Opus 1 und 2 von Med-EI) (Stand: 12.01.2007)
- Q <http://www.cochlear.de/Products/448.asp> (spritzwassergesch. CI) (Stand: 12.01.2007)

Anhang (aus datenschutzrechtlichen Gründen ist der Anhang nicht teil dieses elektronischen Dokuments)

- A Gespräch mit der Inklusionsassistentin von Giuliana
- B Gespräch mit der Mutter von Giuliana
- C Gespräch mit der Bezugserzieherin von Giuliana
- D Gespräch mit der Logopädin von Giuliana
- E Protokoll des ‚Runden Tisches‘ im Kindergarten
- F Synopse zu den Bildungsplänen der Länder
- G Vier Spielbeobachtungsbogen
- H Auswertung AVAK
- I Semantische Betrachtung der AVAK-Wörter
- J Internetauszug: DJI Zahlenspiegel 2005
- K Internetauszug: Dittrich, Gisela: Behinderte Kinder in Kindertagesstätten
- L Internetauszug: Feuser, Georg: Thesenpapier 1996
- M Internetauszug: Periphere Hörstörungen im Kindesalter
- N Auszug aus Broschüre „Fragen und Antworten zum Cochlea Implantat“ der Deutschen Cochlear Implant Gesellschaft (S. 10-13)
- O Auszug aus der Informationsbroschüre des Rehabilitationszentrums
- P Internetauszug: Informationen zu Opus 1 und Opus 2
- Q Internetauszug: Information zum ersten spritzwassergeschützten Cochlea Implantat
- R Auszug aus der Informationsbroschüre Kiel
- S Rehabilitationsunterlagen von Giuliana
- T Hörkurve Giuliana
- U Beobachtungen im Kindergartenalltag
- V Das phonembestimmte Manualsystem (PMS)